

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Filozofická fakulta

Katedra psychologie, obor „klinická psychologie“

NEZDAR V PSYCHOTERAPII

JAK PSYCHOTERAPEUTI PROŽÍVAJÍ A ZVLÁDAJÍ

NEZDAR V PSYCHOTERAPII

FAILURE IN PSYCHOTHERAPY

HOW THE PSYCHOTHERAPISTS EXPERIENCE AND COPE

WITH A FAILURE IN PSYCHOTHERAPY

PhDr. Jiří Jakubů

.

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jan Srnec, CSc

Konzultant: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc

Disertační práce

Praha 2010

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracoval samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

PhDr. Jiří Jakubů

Poděkování

Důvody, proč jsem si vybral téma „Jak psychoterapeuti prožívají a zvládají nezdar v psychoterapii“ byly zcela osobní. Nezdar v psychoterapii jsem vždy intenzivně prožíval osobně a zajímalo mne tedy, jak se touto otázkou zabírají kolegové. Co oni považují za nezdar, jak ho prožívají a co jim pomáhá se s ním vyrovnat. Výsledkem tohoto zájmu je tato práce.

Rád bych zde splnil milou povinnost a poděkoval těm, kdo mi při této práci pomáhali. Chci poděkovat svému školiteli Doc. PhDr. Janu Srncovi, CSc. za vedení, trpělivost a cenné poznámky k metodologii a při uspořádávání práce do souvislého celku. Rád bych poděkoval svému konzultantovi Doc. PhDr. Karlu Balcarovi, CSc. za čas, vstřícnost a pomoc při směřování mého úsilí a při vytváření dotazníkové metody. Poděkování patří Doc. PhDr. Jiřímu Šípkovi CSc. za kolegiální podporu a pomoc při získávání zahraniční literatury. Velmi chci poděkovat kolegovi Mgr. Ing. Tomáši Zudovi. Bez jeho pomoci se statistickým zpracováním dat a metodologických konzultací by tato práce nemohla vzniknout v nynější podobě. Dík za konzultační pomoc patří PhDr. Haně Drábkové. Děkuji všem kolegům, kteří se výzkumu zúčastnili, za jejich otevřenost. S vděkem vzpomínám na svého původního školitele PhDr. Antonína Šimka a děkuji za trvalou podporu Doc. PhDr. Janě Kocourkové, CSc.

Na závěr chci poděkovat své rodině, jmenovitě manželce Pavle, dětem Mikulášovi, Matyášovi a Julii a sestře Heleně za trpělivost, podporu a pomoc.

Abstrakt. Cílem předkládané studie je zmapovat, jak psychoterapeuti prožívají a zvládají nezdar v jejich terapeutické praxi. Pomocí námi vytvořeného *dotazníku orientovaného na nezdar* a *Existenciální škály ESK* jsme kvantitativní metodologií zkoumali soubor 100 psychoterapeutů, tvořený 55 ženami a 45 muži, z toho 48 psychologů, 29 lékařů a 23 pracovníků pomáhajících profesí ve věkovém rozmezí 25 až 64 let, různých psychoterapeutických směrů. Zaměřili jsme se na všechny tři stránky copingu – emocionální, kognitivní i prakticko-behaviorální. Zároveň jsem zkoumali, které situace terapeuti prožívají jako nezdar, jaký významný nezdar sami zažili, co jim pomohlo ho zvládnout a zda jim jejich hodnoty, přesvědčení či víra pomáhají ve zvládání emocionální a duševní zátěže, kterou nezdar přináší.

Naše zjištění odpovídají výsledkům nemnoha studií na toto téma: předčasných odchodů z terapie, terapeutových pocitů, stresu a nezdaru. Nezdar je významnou emocionální zátěží v práci psychoterapeuta. Typickými nezdary jsou sebevražda klienta, předčasný odchod klienta, odchod proti mínění terapeuta či zhoršení tělesných symptomů, sociálních vztahů a vztahu k sobě samému během terapie. Tento vnímaný (prožívaný) nezdar je u terapeutů většinou spojen s intenzivními, vnitřně prožívanými pocity vzteku, úzkosti, smutku, viny, bezmoci a pochyb. Zároveň jsme zjistili, že terapeuti mají vytvořené takové copingové zdroje a osvojené takové copingové strategie, které jim umožňují tyto situace aktivně a produktivně zvládat (řešení problému, restrukturační problémů, sociální opora a konstruktivní zpracování emocí) a na rozdíl od jiných profesí v menší míře užívají defenzivní, únikové strategie, spojené se sociální izolací. Pohlaví, věk, vzdělání a psychoterapeutický směr významně neovlivňují pocit nezdaru a terapeutovi odpovědnosti za poskytovanou terapii. Jejich přesvědčení, systém hodnot a víra jsou pro ně důležitým zdrojem zvládání nezdaru a jiných zátěží v terapii. Mezi převažující copingové strategie patří reflexe a sociální opora v podobě supervize, intervize, pomoci kolegů a blízkých osob či vlastní výcviková terapie. Výsledky výzkumu jsou prakticky využitelné ve vzdělávání a přípravě psychoterapeutů na jejich profesi. Zároveň je třeba, aby zjištěné poznatky byly dále ověřovány např. kvalitativní metodologií

Abstract. This study aims at examining how psychotherapists experience and cope with failure in their therapeutic practice. We have designed a questionnaire on coping with failure and by employing the ESK existential scale we explored the set of 100 psychotherapists, consisting of 55 females and 45 males, in total 48 psychologists, 29 physicians and 23 workers in helping professions, all between 25 - 64 years of age, of various psychotherapeutic approaches. We have focused on all 3 aspects of coping – emotional, cognitive and practical-behavioral. At the same time we have examined situations that therapists perceive as a failure, significant failures they have experienced, and what helped them to cope with them and whether their beliefs, conviction or values help them in coping with emotional and mental stress, caused by failure.

Our findings correspond to few papers on this issue, that is dropouts, therapists' feeling, stress and failure. Failure is an important emotional stress at the psychotherapist's practice. Typical failures are client's suicide, dropout, retirement from therapy, as well as deterioration of bodily symptoms, social relations and relations to oneself during the therapy. This perceived therapists' failure tends to be connected with intense negative feelings of anger, anxiety, sorrow, guilt, helplessness and self-doubt. We have also found out that therapists have developed coping resources and adopted coping strategies that enable them to manage and cope with such situations actively and productively (problem solving, problem restructuring, social support and constructive processing of emotions) and unlike other professions, to a smaller degree, they use defensive, escape strategies linked to social isolation. Their sex, age, education and psychotherapeutic approach do not significantly influence the feeling of failure and therapists' responsibility for therapy delivered. Their beliefs, value system and faith as an important source of coping with failure and other stress in therapy. Reflection and social support in the form of supervision, intervention, assistance of colleagues or fellows or the training therapy itself rank among prevailing coping strategies.

The study outcomes can be employed in practice at training and preparation of psychotherapists for their career. It is necessary that the observed facts be further tested, for instance by a qualitative methodology.

OBSAH

Teoretická, literárně přehledová část

I. Úvod do problematiky

I.1. Teoretická východiska a předpoklady	9
--	---

II. Přehled literatury

II.1. Výzkumy zaměřené na nezdar psychoterapie, pocity terapeuta a dropout klienta	15
II.2. Zkušenosti z klinické praxe	13

III. Nezdar jako stres a zátěž. Historie a teorie

III.1. Biologické pojetí stresu	30
III.2. Psychologická pojetí stresu a zátěže. Coping	33

IV. Zvládání stresu a zátěže jako řešení problému

IV.1. Kognitivně-transakční přístup	36
IV.2. Copingové zdroje a copingové strategie	37
IV.5. Psychoanalytické pojetí copingu: defenzivní mechanismy Ega	40
IV.6. Behaviorální techniky zvládání zátěže	44

V. Nezdar jako zátěž z pohledu sociálně-kognitivního.

V.1. Sociální opora	45
V.2. Nezdar jako problematika sociálního učení. Sociálně-kognitivní teorie	47
V.3. Nezdar a zvládání zátěže jako mastery: kognitivně-relační přístup	49

VI. Osobnostní dispozice a zvládání nezdaru

VI.1. Psychická odolnost (nezdolnost) při překovávání zátěže	51
VI.2. Naučená bezmocnost a pocity nekompetence vs. naučené zdroje síly	52
VI.3. Některé osobnostní determinanty a dispoziční faktory	55

VII. Příspěvky psychoanalytických teorií

VII.1. Bazální důvěra, holding a attachment	58
---	----

VIII. Zvládání nezdaru jako otázka smyslu.

VIII.1. Víra, existencialita a coping	63
VIII.2. Logoterapie a existenciální analýza	67

VIII.3 Daseinsanalýza	71
VIII.2.3. Existenciální psychoterapie I.Yaloma	73
IX. Nezdár jako problém na straně terapeuta	
IX.1. Protipřenos, syndrom pomocníka a burnout	76
X. Závěrečné shrnutí	84

Empirická část

X. Základní otázky a cíle výzkumu

XI.1. Jak nezdár měřit	87
XI.2. Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy	88
XI.3. Typ výzkumu, kriteria výběru a použité metody	90
XI.4. Vlastní realizace výzkumu.Etické otázky	93
XI.5. Popis souboru	94

XII. Zjištěné výsledky a jejich interpretace

XII.1. Hlavní výzkumné otázky	98
XII.2. Vedlejší výzkumné otázky	118
XII.3. Ověřování hypotézy	122

XIII. Diskuse 126

XIV. Závěr 138

Seznam použité literatury 143

Přílohy

„A konečně nesmíme zapomínat, že analytický vztah je založen na lásce k pravdě, tj. na uznání reality, a že nepřipouští žádné zdání a klam.“ (S.Freud, Analýza konečná a nekonečná)

TEORETICKÁ ČÁST

I. ÚVOD DO PROBLEMATIKY.

I.1. Teoretická východiska

Psychoterapie se jako obor stala kulturním a civilizačním fenoménem počátkem 20. století. Pojem „psychoterapie“ je překládán také jako „péče o duši“ (Růžička 2003, Vymětal 2004). Tento výklad má v českých zemích (resp. bývalém Československu) ještě jeden, společensko-politický význam. Odkazuje k životu a dílu předního českého filosofa a disidenta komunistického režimu J. Patočky, který říká (1992, s.82): *„Zkušenost duše spočívá v tom, že existuje hloubka bytí, kterou člověk odkryje jen tehdy, když kráčí zcela proti proudu a obecnému trendu reality, věčnosti“*. Tento postoj Patočka doložil i svým životem a zároveň ovlivnil generaci psychologů a psychiatrů, kteří po revoluci r.1989 psychoterapii nově fundovali právě jako péči o duši.

Pro účely tohoto textu budeme považovat za počátek moderní psychoterapie jakožto vědecké disciplíny přelom 19. a 20. století a budeme jej spojovat se jménem S. Freuda. Psychoterapie (resp. tehdy ještě psychoanalýza) byla pro Freuda péčí o duši, o vnitřní, psychický rozměr lidského bytí. Přes mnohé kritiky můžeme, s odkazem na filosofa M. Foucaulta (1971), označit Freuda za zakladatele moderní psychoterapie tak, jak ji známe dnes. Freud, velmi zjednodušeně, a z našeho pohledu řečeno, učinil trojí obrat v péči o duševně nemocné a v pojetí duševní nemoci samé:

- 1) Ukázal, že duševní nemoci, a především vnitřnímu světu člověka, lze rozumět, ač se zdá navenek třeba i nesmyslný, iracionální a nepochopitelný, neb mimo část vědomou je i celá oblast vnitřního světa, která je neuvědomovaná. Obrátil tak pozornost ke smyslu duševní nemoci – ta již není trestem božím, zvrhlostí, temným šílenstvím či naprostým nesmyslem, ale nese své sdělení, výpověď o životě konkrétního člověka, které – a kterému – je možno rozumět, a pokoušel se vytvořit vysvětlující modely mysli tak, aby terapeutická pomoc byla účinnější právě prostřednictvím tohoto porozumění.
- 2) Obrátil pozornost nejen k nemocnému a duševní nemoci, ale i k lékaři, psychoterapeutovi. Spolu se svými žáky poukázal na nezbytné předpoklady pro výkon profese nejen po stránce technicko-profesionální, ale i emocionálně – osobnostní.
- 3) Obrátil pozornost k povaze vztahu mezi lékařem, psychoterapeutem a pacientem, klientem, a zřetelně ukázal, že psychoterapeutická léčba se odehrává ve vztahu a skrze něj.

Tyto tři – a jistě by se našli, dle úhlu pohledu a zaměření pisatele mnohé další - fundamentální obraty měly a mají zásadní dopad na psychoterapii a psychoterapeuty. Profesní příprava a profese psychoterapeuta klade na ty, kteří ji vykonávají, mimořádné nároky – Freud nazval psychoanalýzu (a to platí dnes o psychoterapii) *nemožným povoláním*. Po více než sto letech vývoje moderní psychoterapie jakožto vědy máme mnoho výzkumných poznatků, zkušeností, ale i nároků na ty, kteří se chtějí stát psychoterapeuty.

Je ale často nesnadné se k vlastním chybám, omylům a nezdarům přiblížit: ve světle vznešených nároků a velkých humanistických idejí psychoterapie je začínajícímu terapeutovi představován (a mnohdy i explicitně vyžadován) natolik idealizovaný obraz profesionála, že bylo a je riziko, že obavy, nezdary, selhání, nedostatky a chyby terapeutů se stanou děšivou, odmítanou, popíranou a vinou zatíženou druhou tváří, která by měla být ukryta před světem i sebou samým. Jak nesnadné je potom se k této odmítané a skrývané tváři přiblížit, reflektovat ji a učit se z ní. A právě tuto otevřenost a odvahu do psychoterapie vnesl její zakladatel S. Freud. Ve svém dopisu Jungovi (Mitchel 2002, s.26) píše: „*Domnívám se, že je velice nutné napsat článek o „protipřenosu“, samozřejmě, že bychom jej nemohli publikovat, ale měli bychom si mezi sebou rozeslat jeho kopie*“. Byl to ale právě on, kdo tuto skrývanou a nereflektovanou část nás samých veřejně odkryl a umožnil tím psychoterapeutům vést otevřenou a odbornou diskusi i o těchto tématech.

Nezdar (*failure*) je v české odborné literatuře, a to zejména výzkumné, pojednáván sporadicky, okrajově, nepřímou či vůbec (osobní sdělení K.Kaliny). Můžeme najít mnoho vyjádření na téma úspěchu a neúspěchu v terapii, nečekaných či neplánovaných odchodů z terapie (dropout), varování před typickými i nečekanými chybami, před obtížnými pacienty či doporučení pro teoretickou a praktickou výuku kandidátů psychoterapeutických výcviků. Jednotlivé renomované směry a školy zdokonalují svá výcviková curricula, začínající psychoterapeuti jsou zahrnuti imperativními nároky doporučeními, jací by měli být a co a jak by měli dělat. Od původních nároků na abstinenci, neutralitu a anonymitu psychoanalytiků se začalo přecházet k bezpodmínečnému pozitivnímu přijetí rogeriánů (PCA) a přešlo se k požadavkům autenticity a otevřenosti u existencialistických terapeutů. „*Terapeut by měl být...*“ zní obvyklý (a idealizující) imperativ. A jestliže *není*, je již to samo nezdar, neúspěch, selhání: jeho samého. Idealizace je ale zaručenou cestou k nezdaru, sebepochybám, studu a pocitu viny.

Nezdar tak můžeme uvažovat ve dvou dimenzích:

- a) V rovině objektivované a objektivizované, vnější: jako nedosažení dohodnutého cíle terapie, nedostatek či chybění požadované změny, nedosažení přijatelnějšího stavu u klienta, nedostatečné adaptace na realitu, neodstranění či nezmírnění symptomů, životní nepohody nebo utrpení, četné chybování či opakování typických chyb, špatně zvolený léčebný postup na základě špatně provedené diagnostické rozvahy, etická pochybení ve smyslu zneužívání moci a role aj., a to vše jako důsledek nedostatečné profesionální vybavenosti, vzdělání či erudice.
- b) Oproti tomu stojí nezdár *prožívaný*, kdy jakýkoli fenomén psychoterapeutické práce s klientem může terapeutovi přinášet prožitky nezdaru a selhání i tehdy, kdy se o „vnější“ nezdár nemusí vůbec jednat. Jsou to situace, které jsou často spojeny s osobnostními charakteristikami (terapeut je příliš úzkostný, perfekcionista, narcisticky zranitelný apod.) ve spojení s nepřiměřeným vyhodnocováním reality, rigidními obrannými mechanismy Ega a nepřiměřenými copingovými strategiemi. Zde potom může docházet k rozporu: ač proces terapie běží v zásadě dobře, přesto se může terapeut prožívat jako neúspěšný, selhávající a propadnout se do pochyb a sebeobviňování. Jiným předpokladem nezdaru, kromě nedostatečného profesionálního (či v dobrém slova smyslu technického) a osobnostního vybavení (terapeut není dostatečně vnímavý, tolerantní, empatický, „lidský“ či naopak, je až příliš vnímavý a má nízkou frustrační toleranci) mohou být důsledky psychoterapeuta emocionální či zdravotního stavu, např. burnout syndrom, stres působící na terapeuta, onemocnění či tragedie v jeho blízkém okolí či vlastním životě apod.

Nezdár tedy vymezujeme jako subjektivní, vnímaný prožitek terapeuta, který může být prožíván v souvislosti s průběhem a koncem terapie, stavem klienta a dohodnutému, resp. stanovenému cíli terapeutické práce. Zároveň k němu přistupujeme v širším konceptuálním vymezení. Je spojen se subjektivní i objektivní, vnitřní i vnější zátěží, které je terapeut vystaven a kterou „musí“ zvládat (nehledě na specifika profese). Pokud tuto zátěž terapeut nedokáže přiměřeně zvládnout, prožívá nezdár, spojený s negativními emocemi. Jestliže tuto zátěž dobře, přiměřeně zvládne (zvláště pak s pomocí produktivních strategií, jako je terapeutická reflexe a sebereflexe, intervize, supervize či vhodné probrání s klientem a za pomoci vlastních osobnostních charakteristik), roste jeho vnímaná self-efficacy (sebeúčinnosti, sebeuplatnění) a při opakovaném zažívání tohoto procesu dospívá k vysoké míře zvládání a profesionální kompetence (mastery).

Takový přístup rozšiřuje pole našich úvah do oblasti stresu, zátěže, zvládání stresu a zátěže (copingu) a copingových zdrojů a strategií, psychoanalytických konceptů defenzivních mechanismů, protipřenosu a teorie attachmentu, dále k teoriím self-efficacy, burnout a sociální opory, případně k některým oblastem pojetí osobnostních dispozic, jako jsou teorie nezdolnosti (hardiness, sense of coherence či resilience). V neposlední řadě se tyto procesy týkají i profesionální identity jak samotného psychoterapeuta, tak i identity celého oboru – psychoterapie. Zmíněné teorie a koncepty se pokusíme v rámci možností probrat a představit je tak, aby vyplynulo, jakým způsobem souvisí s nezdarem jakožto zátěží, jeho prožíváním a zvládáním.

Vymezení oboru psychoterapie a identita psychoterapeuta

Chceme-li uvažovat o nezdaru, je potřeba si ujasnit, co je to psychoterapie a jak se utváří identita psychoterapeuta. Výše jsme zmínili Patočkovu pojetí filosofie jako péče o duši, vycházející z platonské nauky o idejích. V akademické obci je asi nejrozšířenější Vymětalovo pojetí, který psychoterapii ukotvuje v průsečíku filosofie, psychologie a lékařství, jako aplikovaný, samostatný a přitom interdisciplinární obor transdisciplinární povahy, jako vědomou, záměrnou, strukturovanou a vědecky podloženou interakci mezi psychoterapeutem a klientem, pacientem či zdravým člověkem. Zároveň je to léčba a péče, která se uskutečňuje psychologickými prostředky, které mají komunikační a vztahovou povahu (Vymětal 2004).

Samotné vymezení poukazuje k možnostem i těžkostem, které jsou s psychoterapií spojeny, neboť jakoby nepatřila nikomu a zároveň všem. V České republice neexistuje samostatný zákon o psychoterapii, a zákonná úprava existuje pouze pro oblast zdravotnictví. V reálné praxi však je běžně psychoterapie poskytována mimo zdravotnictví kolegy, ať již mají zdravotnické vzdělání nebo jiné, ovšem mají splněny všechny požadavky výcvikových institutů. Situace je v důsledku toho velmi nepřehledná a za psychoterapeuta se může vydávat i někdo, kdo neprošel žádnou formou psychoterapeutického vzdělání, čímž je vážnost oboru v očích veřejnosti devalvována. (V tomto smyslu je velmi zajímavý výzkum německých psychoterapeutů von Sydowové a Reimera (1998), kteří zjistili, že i v konsolidovaných podmínkách SRN 67% účastníků reprezentativního vzorku odmítlo psychoterapii i kvůli veřejnému obrazu, kterého psychoterapeuti ve společnosti požívají).

Psychoterapie se také často stává polem kompetenčních zápasů či rivalit mezi lékaři, psychology a jinými pomáhajícími profesemi, střetem tlaků uvnitř oboru, sporů mezi jednotlivými směry. Z vnějšku je psychoterapie vystavena tlakům pojišťoven, médií, veřejného

mínění a jiných oborů (lékařství, nepsychoterapeutické oblasti psychologie, sociální práce aj.), pochybám o přínosu a efektivitě a doložitelnosti svých postupů a výsledků. Ilustrativním příkladem je Eysenckova výzkumná zpráva (1952), v níž referoval výsledky kritického zhodnocení 19-ti výzkumů, zahrnujících více než 7 000 klientů. Léčebné efekty terapie zjistil u 39-77% případů, což jej podnítilo k dalším srovnáním. Dospěl k číslu asi 66% zlepšení jako důsledku absolvované psychoterapie. To porovnal s ošetřováním a péčí bez psychoterapie, které mělo efekt v 66-72% případech. Eysenck provokativně formuloval, že neexistují přesvědčivé důkazy o léčebném efektu psychoterapie a veškeré vzdělávání v ní je tedy nesmyslné. Jeho článek vzbudil vášnivé reakce a také vyprovokoval mnoho výzkumů, z nichž zejména studie Luborského (1975) dokazovaly léčivý efekt psychoterapie, resp. jakékoliv psychoterapie – což podnítilo další výzkumy v oblasti obecných i specifických účinných faktorů psychoterapie. Jinou oblastí zátěže jsou emocionální nároky a zátěž spojená se samotnou profesí (v textu uvádíme např. příspěvky Holmese a Raheho či tzv. hassles events). V takovémto křehkém poli se utváří identita psychoterapeuta.

Utváření profesionální identity je složitý proces imitace, identifikace, sociální akceptace a vnitřního zrání. Ekstein s Wallersteinem (1993) zdůrazňují, že profesionální identita se začíná vytvářet v průběhu výcviku, zrcadlí vnitřní zkušenost jedince a navenek se projevuje tím, že společnost uzná dotyčnou osobu jako někoho, kdo patří k jisté profesi. Rozlišují dvě její podoby či mody: vnější identifikování se profesionála jako psychoterapeuta a vnitřní proces identifikace, zprostředkovaný zejména učiteli psychoterapie, autoritami oboru.

Důležitost těchto identifikačních vzorů je zcela zásadní ve specifickém procesu psychoterapeutického vzdělávání, postaveném na třech pilířích – teorii, sebezkušenosti a supervizi. Záleží tedy jak na učiteli (výcvikovém terapeutovi, supervizorovi), tak na studentovi (terapeutovi ve výcviku či v supervizi) a na povaze jejich interakcí. Ve všech těchto dimenzích se učitel objevuje jako rolový model, ať již idealizovaný či devalvovaný a má fundamentální formativní vliv. Ekstein s Wallersteinem zdůrazňují, že dobrý učitel je ten, kdo je sám schopen se stále učit, rozvíjí nezávislé myšlení svých žáků a podporuje jejich vlastní proces růstu. Doufáme, že tato práce bude malým příspěvkem oběma stranám v dalším procesu učení a poznávání.

Na závěr úvodu je nutno objasnit volbu pojmu *nezdar* oproti synonymům *selhání* či *neúspěch*. Domníváme se, že pojmy *selhání* a *neúspěch* přinášejí emocionálně silnější, subjektivní konotaci k pocitům viny, obviňování, studu a inhibice, zatímco pojem *nezdar* má

neutrálnější charakter, jak jsme si před samotným výzkumem ověřovali mezi vybranými kolegy (tento problém odpadá v anglickém jazyce, kde se užívá vícevýznamový ekvivalent *failure*).

II. PŘEHLED LITERATURY

S literaturou a prameny k tématu nezdaru v psychoterapii je potíže – explicitně orientované literatury je málo, zatímco implicitně se většina psychoterapeutické literatury dotýká tématu nezdaru, zejména v jeho inverzní podobě: v ní jde o dosažení terapeutického cíle či prostě o to, aby terapie byla úspěšná a prospěšná, pomohla klientovi. Nezdar je opakem úspěchu, ať již jej budeme definovat jakkoli. Stojí za povšimnutí, že jednotlivé psychoterapeutické školy a systémy věnují svým slabinám a nezdarům (snad vyjma psychodynamických směrů) malou pozornost.

Pro naše účely rozlišíme 2 základní typy pojednání nezdaru v literatuře:

- a) Literatura orientovaná explicitně na nezdar a emoce terapeuta není příliš bohatá. Přímo na téma nezdaru lze jen obtížně najít literární odkazy. Jistě, v anglosaské literatuře lze nalézt více titulů na téma *failure*, *dropping out*, či *impasse*; týkají se však v drtivé většině klientů či terapie, ne však toho, co terapeuti prožívají, co si myslí a jak tyto situace zvládají. V naší práci je zařazena do II. kapitoly.
- b) Z širšího pohledu se nezdaru a jeho zvládání týká téměř veškerá psychoterapeutická literatura a výzkum. Je zřejmé, že každá terapie či terapeut se snaží dosáhnout dobrého, uspokojivého výsledku, pomoci klientovi a vyhnout se nezdaru (pojednání o filosofických problémech pojetí nemoci a zdraví, úspěchu a nezdaru by vydalo na samostatnou studii). V tomto širším pojetí představíme nezdar jakožto zvládání zátěže v kapitolách III-IX.

II.1. Výzkumy zaměřené na nezdar v psychoterapii, pocity terapeuta a dropout klienta

Explicitně se fenoménem prožívání nezdaru u psychoterapeutů v českém kontextu výzkumně téměř nikdo nezabýval (tento fakt osobním sdělením potvrzuje i K. Kalina). V anglosaské literatuře se stresem v práci terapeutů, předčasných neočekávaných odchodů z terapie (dropout), pocity terapeutů a nezdarem (*failure*) systematicky zabývali např. Orlinsky, Howard a Hill (v různém autorském pořadí: 1969, 1970, 1975, 1977, 1986), Deutschová (1984, 1985), Pekarík s Wierzbickim (1985, 1993), Farber, (1979, 1981, 1982) či Thériaultová a Gazzola (2008), kteří na toto téma dlouhodobě publikují zásadní studie. Odkazy na mnohé

citované výzkumy jsme získali právě díky Thériaultové, které také vděčíme za její laskavý souhlas využít její nepublikovanou práci (publikovány byl pouze článek r.2008).

V r.1969 publikovali Howard, Orlinsky a Hill studii *The Therapist's feelings in the Therapeutic Process*, kde pomocí *The Therapy Session Report*, který obsahoval 166 položek pro klienta a 167 pro terapeuta, zjišťovali pocity a chování terapeuta, klienta a jejich vzájemné interakce po každé sessi. Výzkumu se účastnilo 19 terapeutů (muži a ženy) a 60 pacientek jedné chicagské kliniky ve věku 20-40 let a dotazník vyplňovali v rozmezí 8-26 setkání s klientem. Vytvořili také 28 párů terapeut-klientka, kde bylo vyšetření uskutečněno v osmi sezeních po sobě. Následně izolovali 9 faktorů, kdy faktor č.VI nazvali „pocit nezdaru“ (*sense of failure*), a byl sycen položkami: *zklamáný, neschopný, frustrovaný, obávající se, naštvaný*. Zjistili, že ženy terapeutky častěji zažívají pozitivnější pocity v terapeutické práci než muži. Zároveň zjistili komplementaritu přenosových a protipřenosových pocitů: pokud např. mužští terapeuti cítili sexuální napětí, vzrušení, přitažlivost klientek v terapii (*feeling sexually aroused*), jejich klientky komplementárně prožívaly blokující, trapné sexuální napětí, vzrušení (*blocking and embarrassing sexual arousal*). (Zde bychom mohli uvažovat o souvislosti obou jevů : že muži – terapeuti se brání svému sexualizovanému protipřenosu tím, že „pro jistotu“ necítí pozitivní pocity...a to se pak může projevovat jako prožívaný nezdar).

V další své studii (Hill, Howard a Orlinsky 1970) izolovali faktor, který nazvali *sense of mutual failure*. Tento faktor odráží vědomí terapeutovi vlastní účinnosti v terapeutické situaci, kdy se terapeutův prožívaný nezdar, selhávání či neproduktivity projevuje formou pocitů *zklamání, neschopnosti, frustrace, obav a potřeby jít se vymočit*.

V přehledovém zhodnocení výzkumů a studií dospěli Orlinsky a Howard (1986) k závěrům, že terapeutova angažovanost, důvěryhodnost, kongruence a empatie má pozitivní vliv na výsledky terapie a to bez ohledu na psychoterapeutický směr či školu, v jejímž stylu terapeut pracuje. V jiné studii (Orlinsky, Howard a Hill, 1975) zjišťovali vliv terapeutových negativních pocitů na klienta. Doložili, že pokud terapeut zažívá pocity spojené s vědomím nezdaru (*a sense of failure*), pak jej klient vnímá jako rozladěného, odmítavého a jeho chování jako odtažité, vzdálené (*an aloof manner*).

Orlinsky s Howardem (1977) se snažili vyvrátit skepsi a předsudky, které byly spojeny se zkoumáním pocitů a zážitků terapeutů. Tyto předsudky vycházely z tzv. *psychologie jedné osoby* v psychoterapii. V tomto pojetí se implicitně předpokládá, že terapeutický proces se

odehrává tak, že specialista – lékař- psychoterapeut – působí na klienta a klient se „má uzdravit“. Je-li co ke zkoumání, pak je to objekt působení, tedy klient, specialista (terapeut) jakoby nebyl: ten má svou práci dělat tak, aby co nejméně rušil. Terapeut je tedy „jen“ jakýsi prostředník, agens léčby a léčebného procesu, a jeho intervence jsou buď dobré či špatné, ale co na nich více zkoumat. Tento přístup ve výzkumu také souvisel s přetrvávajícím konzervativním pojetím protipřenosu jako čehosi nežádoucího či chyby, která nemá být. Autoři odkrývají mylnost tohoto výzkumného přesvědčení a zdůrazňují to, co nám již dnes přijde zcela samozřejmé: že terapeut je také lidská bytost se svou subjektivitou, ne stroj na správnou péči, a že proces a výsledek terapie ovlivňuje interakce obou účastníků – což je typické pro pojetí tzv. *psychologie dvou osob* v psychoterapii (myslíme tím psychoterapii individuální, kde jsou osoby dvě).

Mearns (1990) definuje nezdar (*failure*) jako komplexní, sjednocující, zastřešující konstrukt (*unitary construct*). Ve svém kvalitativním výzkumu zadal 75 účastníkům nestrukturovaný dotazník, který zahrnoval tři otázky, v nichž zjišťoval, co dotyční terapeuti či poradci jako nezdar prožívají a jak na něj reagují:

- 1) za jakých okolností zažíváte při své práci terapeuta/poradce nezdar?
- 2) co pro Vás tento zážitek vlastně znamená? Popište jej jakýmkoli pro Vás smysluplným způsobem.
- 3) jak obvykle na zkušenost nezdaru odpovídáte? Co děláte?

Jeho výzkum přinesl velké množství důležitých informací na toto téma, zmapoval převažující typy vztahů mezi klientem a terapeutem, klientova chování a terapeutových slabých stránek. Zvlášť významné však bylo to, že z 62 účastníků výzkumu 61 potvrdzovalo zkušenost, prožitek vlastního nezdaru a zároveň emoční a intelektuální zápas s ním!

Nezdar či pocit nezdaru je spojen také s vědomím, že jsem jako terapeut udělal chybu či jsem konfrontován s negativními výsledky své práce. Buckley a kol.(1979) publikovali studii *Common Mistakes in Psychotherapy*. Jejím cílem bylo lépe porozumět tomu, co vede k negativním výsledkům, nezdarům terapie. Vycházeli z logického předpokladu, že začínající terapeuti nevyhnutelně dělají chyby (a tedy zažívají nezdar). Odvolávají se i na Bergina (1966), který ve svém přehledu 52 různých zveřejněných studií dokládá, že výsledky psychoterapie se signifikantně liší podle úrovně zkušenosti terapeuta a že méně zkušení terapeuti mohou pacienta poškodit. – Pokusili se tedy o zachycení nejobvyklejších chyb

metodou 56 položkového dotazníku potenciálních chyb, odvozených z literatury a klinické praxe a dali jej k vyplnění zkušeným terapeutům a supervizorům z psychiatrického oddělení Bronx Municipal Hospital Centre. Ti jej měli vyplnit tak, že hodnotili svou zkušenost se začínajícími terapeuty. Položky se hodnotily na stupnici 0 (vůbec) až 4 (velmi často). Z 29 účastníků výzkumu 20 vyplnilo celý dotazník.

Jako nejčastější chyby byly uváděny položky: očekávání být oblíben pacientem, neschopnost naladit se na pacientovo nevědomí, předčasné interpretace, nadužívání intelektualizace terapeutem, nepřiměřené interpretace přenosu, udržování stereotypního obrazu „analytického psychoterapeuta“ bez ohledu na aktuální stav léčby, nedostatek uvědomění si protipřenosových pocitů, terapeutova neschopnost unést pacientovu agresi, terapeutova neschopnost snášet ticho v terapii, terapeutovo vyhýbání se domluvy plateb za terapii.

Tyto položky jsou nevítanou, ale pravidelnou součástí práce začátečníků a supervizor by k nim měl být pozorný a umět je využít k učení terapeuta. Autoři zdůrazňují, že *„Schopnost snášet nevyhnutelné emoční napětí, které je součástí terapeutické situace, je nepostradatelným znakem efektivní terapie a základem pro ustanovení terapeutické aliance.“* (Buckley a kol. 1979, s.1580) . Protipřenosové fenomény jsou pojímány jako důležité okno, jímž supervizor nahlíží do terapeutické situace.

Obdobu Buckleyho výzkumu, zaměřenou na obvyklé chyby začínajících terapeutů ve skupinové psychoterapii uskutečnil Spitz (Spitz a kol., 1980) . Autoři vytvořili 43 položkový dotazník, který zadali 52 supervizorům a zkušeným terapeutům v New – Yorkských psychiatrických zařízeních. Tito pak zaznamenávali nejčastější chyby a nezdary začínajících terapeutů.

Nejčastější chyby a nezdary se projevíly v otázkách jak pracovat s klienty, kteří odmítají péči, monopolizují skupinu a stále si stěžují, dále zvládání odporu ve skupině, probírání přenosových fenomenů a jejich zdrojů ve skupině, chtění být oblíben skupinou, zacházení s agováním mezi členy skupiny, nedostatek vnímání pocitů při interakcích mezi členy skupiny, předčasné interpretace, zacházení s ukončením skupiny aj. Závěrem konstatují, že prevencí chyb a z nich plynoucích nezdarů , případně jejich zpracování, je poskytovaná supervize a konzultace případů, která by měla být součástí výcviku ve skupinové psychoterapii.

C. Deutschová (1984) uskutečnila důležitý výzkum psychoterapeutů amerického středozápadu, v němž se zaměřila na to, které situace terapeuti sami vnímají jako stresující a ohrožující jejich vlastní pracovní pohodu i výkon. Korespondenčně oslovila 642 potenciálních účastníků výzkumu (požadavkem bylo, aby šlo o zkušené terapeuty z relevantních oblastí praxe - nemocnice, psychiatrická oddělení, poradenská centra apod.) a zaslala jim škálu měření stresu a dotazník, složený z různých tvrzení, zkoumající terapeuta přesvědčení. Získala celkem 264 kompletních anonymních odpovědí. Účelem výzkumu bylo: a) zjistit frekvenci výskytu stresových událostí v terapii a zkušenost s nimi; b) zjistit, která iracionální přesvědčení jsou zdrojem terapeuta stresu. Mezi nejsilnější stressory patřily suicidální prohlášení klienta (pro 61% terapeutů), neschopnost pomoci akutně distresovanému klientovi cítit se lépe (59%), práce s více než obvyklým počtem klientů týdně, klientovo vyjádření zlosti na terapeuta (58%), nedostatek pozorovatelného pokroku u klienta (50%), opakovaně depresivní klient (52%), nezájem a nedostatek motivace k terapii u klienta (51%), neoblíbený klient, klientův předčasný odchod z terapie aj. Deutschová izolovala 7 faktorů, které byly syceny jednotlivými položkami dotazníku: klientova emocionalita, odpovědnost za klienta, frustrace klientem, profesionální okolnosti, emoční kontrola, klientovo minimální zaujetí a pochyby o vlastní kompetenci. Mezi nejsilnější iracionální přesvědčení patřil požadavek pracovat vždy s co největším entuziasmem a kompetencí, být schopen vždy pomoci každému klientovi v případě potřeby, být schopen pomoci (vyléčit) každého klienta, když se nedostavuje progres je to moje chyba, moje práce je můj život.....

Na závěr porovnávala svůj výzkum s výzkumem Farbera (1979), který vyšetřil 60 převážně analyticky orientovaných psychiatrů, psychologů a sociálních pracovníků, aby zjistila podobnost nejvíce stresujících položek. Zjistila také, že ženy – terapeutky byly více stresovány než muži ve 4 ze 7 faktorů. Ve studii z r. 1985, kde se dále věnovala pocitům terapeutů a jejich osobnímu životu došla k výsledkům, že 58% terapeutů si prošlo vážnou depresí, z toho 2% i suicidálním pokusem.

Deutschová taktéž uvádí další podobné výzkumy, zaměřené na prožívání terapeutů, které provedli např. Kline (1972), referující o tom, že práce psychoanalytiků přináší jako zátěžové faktory profesionální izolaci a osamocenost, McCarley (1975) věnující se svazující odpovědnosti psychoterapeutů, pracujících s psychiatrickými pacienty či výzkum Farbera a Heifetze (1982). Ti provedli řízená interview s psychoterapeuty na téma stresu a zjistili, že jedním primárních stresorů byl pro 74% účastníků „nedostatek terapeutického úspěchu“, pro 57% to byla „nereciprocita v pozornosti, dávání a odpovědnosti, požadovaná terapeutickým

vztahem“ a byla hlavní příčinou burnout syndromu. V jiném výzkumu Farber a Heifetz (1981) zjišťovali míru uspokojení a zátěže v práci 60 terapeutů ve zdravotnických zařízeních a rozlišili 3 faktory, z nichž jeden byl spojen s pocity nenaplněnými pocity satisfakce v práci a pochybnostmi o jejím smyslu.

Vnímat své pocity, rozumět jim a pracovat s nimi není pro začínající terapeuty, pochopitelně, jednoduché. Tento problém se však nevyhýbá ani zkušeným terapeutům: Goinová a Kline (1976) představují výsledky svého výzkumu u 24 supervizorů, kteří sami prošli psychoanalytickým a psychodynamickým výcvikem (19 + 5). Zkoumali videonahrávky jejich supervizí se začínajícími kolegy a to, zda a jakým způsobem zacházejí s protipřenosem supervizandů v supervizi. Zjistili, že u 12 z 24 supervizorů neučinilo žádnou zmínku k emocím supervizandů, přestože byli zjevně v 11 z 12 případů. Přitom 9 z těchto supervizorů byli psychoanalytici či ve výcviku v psychoanalýze. Druhých 12 supervizorů otevřelo téma supervizandových pocitů. 8 z těchto 12 to učinilo přímým způsobem, 4 nepřímým a to tak, že to neučinili předmětem diskuse, ale spíše intelektuálním a didaktickým tématem. Jestliže 8 supervizorů toto téma otevřelo přímo, neznamená to, že zkoumali historii supervizanda (netřeba zdůrazňovat, že supervize není terapií). Reflexí supervizandových pocitů a chování v situaci supervize mu pomáhali k hlubšímu porozumění a vnímání sebe sama, klienta a procesu. Autoři se zamýšlí nad tím, proč je i pro zkušené supervizory těžké otevírat téma protipřenosových pocitů a tím se dostávat i ke svým vlastním, konfrontovat mladšího kolegu s jeho emocemi ke klientovi a nevystavit ho zahanbení a narcistickému zranění; jak se s ním sami mohou identifikovat či protiidentifikovat a tím inhibovat sebe sama v supervizní roli apod. Důležitým přínosem této studie je zjištění, jak těžké a vnímané jako potenciálně ohrožující, zahanbující a zraňující jsou emoce a myšlenkové operace, vyvstávající v terapii, ale jak absurdní je vyhnout se jim či je popřít.

Novozélandský badatel J. Pulford ve svém výzkumu *Therapist Attitudes and Beliefs Relevant to Client Dropout Revisited* (2007), referoval o výzkumu příčin neočekávaných a předčasných odchodů z terapie (*dropout*). Z různých studií na toto téma, které uvádí a které patří mezi nejcitovanější (Pekarík 1985 a 2000, Wierzbicki a Pekarík 1993, Baekeland a Lundwall, 1975) vyplynulo, že *klienti často očekávají kratší dobu léčby než terapeuti očekávají, nabízejí či preferují*. Z toho pak vyplývá, že častou příčinou odchodů z terapie jsou divergentní očekávání obou stran o průběhu léčby a jejím ukončení. Pulford dotazníkovým šetřením u 24 psychoterapeutů v oblasti alkoholových a drogových závislostí zjistil, že terapeuti skutečně očekávají a preferují dlouhodobější péči než je systémem péče nabízena. Opět se ukázala

diskrepance, o níž referují předchozí studie, a z kterých vyplynuly dva závěry: to, že psychoterapeuti upřednostňují spíše dlouhodobou péči, byť může být v rozporu s potřebami klientů, a zároveň že v důsledku toho nejsou správně reflektovány důvody odchodů z terapie.

Thériaultová (2008) uvádí studii Hellmana, Morrisona a Abramowitze (1986), kteří ve výzkumu 227 psychologů použili Therapeutic Stresses Rating Scale, která obsahovala 37 položek různých stresových situací. Na základě získaných výsledků rozlišili 5 faktorů, z nichž jeden nazvali „profesionální pochyby“. Tento faktor byl složen položkami: *pochyby o účinnosti terapie, nesnáze v ocenění vlastního terapeutického přínosu, frustrace z nedostatečného terapeutického pokroku, pomalé a chybné tempo vlastní terapeutické práce a vlastní kritičnost ke své práci v průběhu terapie*. Tento faktor oslaboval terapeutovu účinnost a pro nás je zajímavý tím, že je spojen s prožíváním či anticipací nezdaru.

Nejvíce je pravděpodobně zmapována problematika dropout. G. Pekarík ve srovnávací studii *Coping With Dropouts* (1985) shrnuje a porovnává výsledky jiných studií na toto téma. Obvyklé délky „předepsaných“ krátkých terapií v centrech duševního zdraví, kde byly dropouts sledovány, byly povětšinou 10-20 u intervencí, případně 20-40 u krátkých terapií (Strupp, 1978). Důsledky dropouts (které byly udávány v té době mezi 30-60%) mají vliv na klinickou práci terapeutů, mají ekonomický dopad a osobně (emocionálně) se terapeutů dotýkají. Jejich důvody jsou často nejasné (zahrnují osobnostní charakteristiky klienta a terapeuta, uspořádání terapie, léčbu samotnou, časové okolnosti a vztahové interakce terapeuta a klienta). Dle srovnávací studie Baekelanda a Lundwalla (1975) jsou právě osobnostní charakteristiky a vzájemná interakce tím, co silně podmiňuje neočekávaný odchod z terapie. Autoři například uvádí, že důvodem těchto odchodů je dle 31,4% jimi zkoumaných studií věk, dle 44,8% studií pohlaví klienta a dle 44,4% sociální postavení. Baekeland a Lundwall docházejí k závěru, že existují tři hlavní vlivy, které určují, zda k odchodu z terapie dojde: klientův příznivý či nepříznivý postoj k léčbě a terapeutovi; osobnost terapeuta, přístup ke klientovi a druh terapie a vnější faktory. Taktéž se zabývají otázkou socioekonomického statutu: lidé z nižších sociálních vrstev mohou mít jiné představy a očekávání v terapii a mohou proto častěji odcházet. Jiné výzkumy (Koss, 1979) však poukazují na to, že i příslušníci střední a vyšší vrstvy při léčbě v privátních praxích ukončují terapii po 10 setkáních. Pekarík předkládá další důvody, které hrají roli u *dropoutu*: např. terapeutovu kongruentnost či schopnost uznat pacientova vysvětlení jeho vlastních potíží. Dochází k závěru (1985, s.18), že mnoho klientů:

- a) si přeje a očekává pouze několik návštěv u terapeuta
- b) chce intervence zaměřené přímo na problém a mající rychlý vliv na problém
- c) chce léčbu, která bude zaměřena na řešení okamžitých emočních nesnází a ne osobnostní změnu či změnu vzorců chování
- d) možná uspokojí mírná úroveň zlepšení a kompromisní, přiměřená úroveň přizpůsobení se

Jeho závěr zní, že vysoké množství odchodů z terapie lze přičíst tréninkovým modelům, jimiž terapeuti procházejí a které jsou v praxi nekompatibilní s požadavky většiny klientů. Ti si přejí kratší trvání léčby více zaměřené na situační problémy. Léčba by tedy měla být více kompatibilní s těmito přáními a terapeuti by měli být více realističtí v požadavcích a očekáváních.. Emocionální dopad dropouts na personál klinik a center, který v důsledku může vést k burnout syndromu, je ve shodě se závěry Maslachové (1978).

Wierzbicky a Pekarík (1993) uskutečnili metaanalýzu 125 studií nedokončených terapií (dropouts), z níž vyplynuly 3 oblasti se signifikantně zvýšenými *dropouts*: je to oblast rasové příslušnosti, úrovně vzdělání a ekonomicko-finančních podmínek. Rozborem zmíněných studií došli k závěrům, že vyšší počet *dropouts* z terapie mají afroameričané (či jiné minority), osoby s nižším vzděláním (nižší třídy v USA) a skupiny s nízkým socioekonomickým statusem. Průměrné procento nedokončených terapií bylo 46,86 % (což je přibližně střed zjištění ze studie Baekelanda a Lundwalla, 1975). Potvrdili tak, že dropouts jsou významným problémem psychoterapie. Problematické je již samo jejich vymezení: většinou, jak už zmiňoval Pekarík (1985), jde o konzervativní přístup – záleží na posouzení terapeutů. Jde však často o časový a situační fenomén: klienti odchází z mnoha důvodů, nejen aby neplnili léčbu (důvody ekonomické, situační, spontánní úzdravy a úlevy apod.).

Epperson, Bushway a Warman (1983) zdůrazňují, že k nezdarům, k selhání terapie dojde tehdy, když terapeut neumí přesně rozpoznat klientovu konceptualizaci vlastního problému – je potom nejen „mimo“, ale právě toto neporozumění klient to vyhodnotí odchodem, *dropoutem*.

Fiester a Rudestam (1975) uveřejnili výzkum, v němž sledovali dokončené terapie u klientů center duševního zdraví poté, co absolvovali alespoň 4 měsíce terapie. Neuspokojili se s přetrvávajícím konzervativním vysvětlením, že příčinou *dropoutu* je typ klienta, ale rozlišili,

že u nedokončených, předčasně ukončených terapií se často podceňují vstupní vlivy nejen ze strany klienta, ale i terapeuta a samotného průběhu procesu terapie.

Yalom (1967) uvádí výsledky svého výzkumu, sledujícího mimo jiné vliv přípravy klienta na skupinovou terapii jako jeden ze způsobů prevence *dropouts* a dochází k závěrům, že dobrá příprava na terapii (vysvětlení co klienta čeká, vyjasnění očekávání, anticipaci možných potíží a jejich popsání a objasnění, vyvracení falešných mýtů a obav z terapie) pomáhá snížit počátení úzkost, frustraci a nejasnosti, které inhibují možnosti učení (tedy zisků z terapie) a jsou v rozporu s úspěšným průběhem terapie.

Baekeland a Ludwall (1975) ve svém kritickém přehledu diskriminovali 15 faktorů které ovlivňují *dropout*: *sociální izolace a nezařazenost, terapeutův přístup a chování, rozdílná očekávání od léčby u terapeuta a klienta, agresivní a pasivně agresivní chování, přístup a chování příbuzných, motivace, vnímaná závislost a závislé chování, otevřenost k psychoterapeutické práci na sobě (psychological mindedness) a popírání, úroveň a druh symptomů, socioekonomický status, sociopatické rysy, alkoholová a drogová závislost, věk, pohlaví a sociální stabilita*. Zároveň podávají i pracovní doporučení, jak *dropout* eliminovat.

II.2. Zkušenosti z klinické praxe

Problematické potenciálního nezdaru se ve svých výcvikových programech věnují všechny terapeutické školy a instituty, ať to přímo - modelováním a přímou sebezkušeností začínajících terapeutů ve výcviku, prostřednictvím výuky teorie a následnou supervizi, či nepřímo prostřednictvím jiných forem vzdělávání, publikační činností, odbornými akcemi apod. V posledních letech se i u nás objevilo více literatury na téma supervize, která je specifickým nástrojem psychoterapeutického vzdělávání, věnujícím se také předcházení a zvládání nezdaru formou profesionalizované sociální opory, resp. jejich částí. Mezi nejvýznamnější publikace z této oblasti patří Eksteinova a Wallersteinova *Výučba a výcvik v psychoterapii* (1993); integrativní pojetí supervize, vycházející z psychodynamické, transakčně-analytické a gestaltistické orientace, představuje práce Hawkinse a Shoheta (2004), původními pracemi integrativní povahy jsou příspěvky Havrdové a Hajného (2008) či Broží (2008), určené jak kolegům a uživatelům v klinické a neklinické praxi, tak jako učební texty.

Téma nezdaru je v jistém smyslu specifickou doménou právě psychodynamických a integrativních přístupů, a to jak z vnějšího pohledu - vzdělávací terapeutů, tak z pohledu

vnitřního – problematiky protipřenosu. Americký psychoterapeut a psychoanalytik R. Chessick ve své empiricky orientované práci *Why Psychotherapists Fail* (1971) zobecňuje své praktické poznatky a zkušenosti na téma nezdaru. Za zcela zásadní podmínku a předpoklad pro minimalizaci nezdaru a jeho lepší zvládání považuje propracovanější systém přípravy budoucích terapeutů, postavený na třech pilířích:

- a) Výchova terapeutů. Zde myslí dobrou průpravu do budoucí praxe, vzdělávání v tom nejlepším slova smyslu. Dává i připodobnění ke starým mistrům středověkého a renesančního umění a zdůrazňuje, že psychoterapeuti se musí naučit rozlišit deskripci a dedukci.
- b) Vzdělávání ve filosofii. Tu zaprvé pokládá za neocenitelný diagnostický a terapeutický nástroj; zadruhé filosofie, historie a kultura dává terapeutovu práci do širší perspektivy a učí pokoře; zatřetí ten, kdo chce rozumět psychoterapii, musí rozumět i filosofii vědy. Terapeut se musí taktéž vyrovnávat s dualistickým problémem duše a těla: pro Chessicka se tento problém nedá redukovat do materialistických konceptů, idea mysli (mind) je duchovní koncept a v žádném smyslu ji nelze převádět do tělesné roviny. Zároveň vtipně dodává, že filosofování je přece slastí (*pleasure of philosophizing*), což je narážka a odkaz k Freudově principu slasti jako hlavnímu motivátoru. (Pozn.: pokud jde o důraz na filosofii v psychoterapii, nelze přehlédnout „českou stopu“, tedy vliv Jana Patočky a jeho výklad platonského učení jako „péče o duši“ – více Patočka, 1992).
- c) Výcvik v technice práce, což obnáší dobrý tréninkový program, výukové a praktické semináře, supervizi, to vše, co pomáhá k osvojení a rozvinutí dovedností začínajících terapeutů.

V další části knihy, nazvané *Klinické studie nezdaru v psychoterapii*, podává stručné rozčlenění své klientely do 4 kategorií : ti, s kterými nešlo o terapii a měli jen do tří setkání, ti co přišli maximálně třikrát a dohodli se na péči jinde či nebylo možno pokračovat dál, ti co odpadli, vypadli z péče po více než třech setkáních a poslední kategorie jsou úspěšné, tedy plánovaně dokončené terapie. – Nezdar je zahrnut do kategorie č. 3, která zahrnuje terapie, které neproběhly úspěšně, ale ne vždy šlo o nezdar (např. pacienti s opakovanými psychotickými epizodami, či dospívající, jimž po stabilizaci již nechtěli rodiče dál platit terapii).

Chessick na téma prevence nezdaru říká: *Z mnoha různých faktorů, které způsobují nezdar (failure) v psychoterapeutické práci je jeden, který se dá ošetřit nejsnáze , a tím je psychický*

prostor psychoterapeutů...“(tamtéž,s.19) . Tuto myšlenku dále rozvádí:“Nejlepším způsobem, jak předcházet takovým nezdarům (outright failure), je dostatečně trénovat psychoterapeuty a povzbuzovat je v tom,aby získávali vhled do sebe samých. Z pohledu terapeutů se přímý nezdar objevuje obvykle tehdy, když není pevně ustanovena terapeutická aliance, nebo když terapeut dostatečně nerozpozná, neinterpretuje a nepropracovává odpor před tím, než začne pracovat s psychickým obsahem“ (tamtéž, s. 97).

Mezi autory, kteří do této problematiky obsáhle přispívají, patří I. Yalom (2003, 2006, 2007). Nejen z pohledu existenciální terapie (dle níž je možné říci, že pochybám a nezdarům se nelze nikdy vyhnout, neb patří k životu), ale i praktickými doporučeními pro vzdělávání a výcviky terapeutů i způsobem uvažování o terapeutické praxi a jejím vedení. Za důležitou prevenci nezdaru a *dropout* kromě vzdělávání psychoterapeutů považuje i výběr a přípravu klientů na terapii (1967). Dobrá příprava klienta na terapii také znamená, že nevhodné klienty prostě nezačlení do skupinové terapie (nevhodností není dána jen typ problematiky či akutním stavem, ale i *nedostatkem psychologického myšlení*). Zároveň však má za těchto podmínek jasno: „*opustí-li klient skupinu na počátku terapie, jde o terapeutovo selhání*“ (2007, s.126). Dalo by se říci, že styl terapeutické práce, o kterém mluví, je formou „*mastery*“.

Dalším autorem, věnujícím se problematice nezdaru je W. Schmidbauer (2000), který objasňuje jeden z důležitých zdrojů nezdaru prostřednictvím tzv. syndromu pomocníka, kdy nevědomé vlivy a scénáře vytváří složitý komplex na výkon orientovaného, bezchybného a altruisticky se obětujícího profesionála se skvělou sociální fasádou, strnulým Ego-ideálem a přísným, kritickým Nadjá. Psychoterapeut se tak navenek stává *superpomáhajícím*, v jeho nitru však žije emocionálně neukojené dítě. V této křehké konstelaci hrozí nezdar terapii, možné zatížení klienta, a časem samozřejmě kolaps terapeuta samého (agování agrese, burnout aj.).

Velmi cennými pracemi, které pomáhají začínajícím terapeutům při vyvarování „zbytečného“ nezdaru, daného nedostatkem praktických zkušeností, jsou texty F.Fromm-Reichmannové (2003) a H.Bruchové (1999), poskytujících začínajícím terapeutům množství cenných, z klinické praxe vyextrahovaných rad, postřehů a zkušeností, a zároveň pomáhají k erozi falešných terapeutických ideálů a zklidnění začínajících kolegů. Bruchová uvádí některé typické chyby (a z nich pramenící nezdar) začínajících terapeutů: soustředění se na hledání teorie (teorie jakožto Nadjá), představa terapeuta že by měl okamžitě chápat a rozumět,

předčasná formulace problému, vnucování svého pohledu klientovi, neumožnění volného vyjádření bez škatulkování, soupeření s klientem (tedy terapeutova nejistota), obviňující formulace, nejasné a nesrozumitelné terapeutovi intervence, soustředění se pouze na fakta, uzavřený typ otázek (ano-ne), rozdíly v pojetí klienta jako aktivního či pasivního účastníka procesu, potřeba terapeutova sebezpotvrzování se, obdivu či udržování klienta v psychické, mentální závislosti.

Příklad reflektovaného nezdaru

Jednu z prvních psychoterapeutických úvah nad nezdarem své práce podává právě Freud v r. 1905 ve studii *Zlomek analýzy případu hysterie*. Je to logické, neboť pokud jej považujeme za zakladatele či jednoho z nejvýznamnějších zakladatelů moderní psychoterapie, musel sám procházet pokusem a omylem, tak jako každý badatel. Samo jeho vytváření a přehodnocování modelů mysli (model traumatický, topografický či strukturální) poukazují na to, že právě nezdary, slepé uličky a omezení na cestě jeho bádání a praxe jej vedly k novým úvahám, výkladům, teoriím, které znovu a znovu přehodnocoval. V analýze Dory (Freud 1993, s.134-195) popisuje jednu z prvních psychoanalytických terapií a to jeho popis se týká právě těch fenomenů, které jsou námětem naší práce: prožívaného nezdaru, emocí s ním spojených, úvah o něm a krocích, které dělal. Jde o relativně velmi známý případ, který se často zmiňuje, ale přesto považujeme za důležité jej připomenout, neboť poukazuje přesně k našemu tematu.

Šlo o 18-ti letou *kvetoucí dívku s inteligentní a příjemnou tváří*, jejíž terapie (v r. 1901) trvala asi 3 měsíce. Dora se dostala do terapie na základě žádosti jejího otce. Její rodiče se přátelili s manželi K a strávili spolu dovolenou u alpského jezera. Během procházky u jezera pan K – jak Freud během terapie zjistil – dával Doře sexuální návrhy. To bylo důvodem masivního projevu hysterických (dnes bychom řekli psychosomatických či somatoformních) příznaků: omdlávání, dýchací potíže, afonie, deprese, sebevražedné úvahy aj. Dále se u Dory objevily pocity hnusu, tlaku v horní části těla a nechuti k bližšímu kontaktu s muži.

Jde o typický analytický případ – oidipický trojúhelník (Dořin vztah a láska k otci a rivalita s matkou) znovuožívá v setkání s manželi K, kdy Dora zpočátku paní K. zbožně obdivuje, aby se posléze vztah k ní změnil v rivalitní a úzkostný poté, co jí pak K. projeví svůj sexuální zájem (a tím se dotkne jejich potlačených, nevědomých sexuálních fantazií). Dora situaci „řeší“ pádem do nemoci a začíná léčba, v níž dojde k dalšímu (samozřejmě v symbolickém slova smyslu) opakování - přenosovému znovuoživení. Případ je ilustrativním ukázkou Freudovy terapeutické-analytické práce: představuje zde svou práci se sny a jejich důležitost

(„nezbytným předpokladem k pochopení duševních pochodů....je zahloubání se do problémů snů“), charakterizuje přenos („...nová vydání, nápodoby citových hnutí a fantazií, které mají být během postupující analýzy probuzeny a stát se vědomými, přičemž zde dochází k charakteristické náhradě jedné dřívější osoby osobou lékaře. Nebo řečeno jinak: řada dřívějších psychických zážitků znovuožívá nikoli jako minulost, ale jako aktuální vztah k osobě lékaře....“) a celkově představuje styl své analytické práce.

Pro nás je však důležité, že zde Freud sám ilustruje případ, ukázkou své – podle jeho mínění – nevydařené práce, tedy nezdar, jeho možné příčiny a nakonec i jeho zvládnutí. Po krátké době terapie a práce s dvěma Dořinými sny dochází k velkému finále: „Po zahájení třetího sezení řekla:

- „Pane doktore, víte, že jsem tu dnes naposled?“

- „Nemohu to vědět, protože jste mi o tom nic neřekla.“

- „Ano, umínila jsem si, že to vydržím do Nového roku; déle však již nechci čekat.“

- „Víte, že máte vždycky svobodnou možnost vystoupit. Dnes však ještě budeme pracovat. Kdy jste se rozhodla?“

- „Myslím, že před čtrnácti dny.“

- „Vždyť to zní jak od nějaké služky, vychovatelky, čtrnáctidenní výpověď.“

- „Vychovatelka, která dala výpověď, byla také u manželů K., když jsem je navštívila v L. u jezera.“

- „Tak? O té jste ještě nikdy nemluvila. Vypravujte, prosím.“ (Freud 1993, s.185)

V dalším průběhu terapeutické hodiny se odkrývají nové analogie a významy, Dořino ztotožnění se s vychovatelkou u manželů K. (jíž se pan K. dvořil a sváděl ji podobnými slovy) je v další práci interpretativně propojeno s jejími vlastními nevědomými a zakázanými přáními, aby i jí pan K. věnoval svou přízeň.... „Naslouchala, aniž odporovala, jak jindy činila. Zdála se být dojata, rozloučila se se mnou co nejlaskavěji s vřelým přáním do nového roku a – nepřišla již. Otec, který mě ještě několikrát navštívil, ujišťoval, že přijde opět; že je na ní vidět touha po pokračování v léčbě. On však asi nikdy nebyl zcela upřímný. Podporoval léčbu, pokud mohl mít naději, že Doře „vymluvím“, že by mezi ním a paní K. existovalo něco jiného než přátelství. Jeho zájem zmizel, když zpozoroval, že tohle není mým úmyslem. Věděl

jsem, že Dora již nikdy nepřijde. Byla v tom nepochybně pomsta, že když mé naděje na šťastné skončení léčby dosáhly vrcholu, přerušila ji tak neočekávaně a zmařila je.Zda bych byl dívku udržel v léčbě, kdybych se sám vpravil do nějaké úlohy, kdybych byl přeháněl cenu, kterou má pro mne její setrvání v léčbě, a projevoval jí vřelý zájem, který by jí nahrazoval vytouženou něžnost, přestože ji mé lékařské postavení oslabuje? Nevím. Jelikož v každém případě část činitelů, které se staví analýze na odpor, zůstane neznáma, vždy jsem se varoval hrát nějaké úlohy a spokojil se nenáročnějším psychologickým uměním. Při veškerém teoretickém zájmu a lékařském úsilí pomoci se přece řídím názorem, že psychickému ovlivnění jsou nutně stanoveny hranice, v tomto smyslu respektuji také vůli a náhled pacienta“ (Freud 1993, s.187).

Dodatečně pak Freud reflektuje Dořin případ, jí samotnou, komplikující vlivy okolí, a zároveň odhaluje a popisuje, jako pravý badatel, nově objevená území: nezdár interpretuje jako důsledek v analytické situaci nerozpoznaného přenosu: *„Nepodařilo se mi zvládnout přenos včas; protože mi při léčbě ochotně poskytovala část patogenního materiálu, zapomněl jsem dávat pozor na první příznaky přenosu, který připravovala pomocí jiné, mne neznámé části téhož materiálu. Nejprve bylo jasné, že jsem jí ve fantazii nahrazoval otce... Vždy mě s ním téměř vědomě srovnávala....., ukazuje svou práci se sny a nachází důkazy pro své přesvědčení, že sexualita není jen deus ex machina, ale že „chorobné jevy jsou, řečeno přímo, sexuální činností nemocných“ (tamtéž, s.191).*

V dodatku poznamenává, že jej Dora navštívila, poprvé po roce a čtvrt, aby mu sdělila některé své potíže a jak se věci mají. Na závěr, po letech konstatuje, že se provdala za mladého muže z druhého svého snu a píše: *„Jako první sen vyjadřoval odklon od milovaného muže k otci, tedy útěk do nemoci, tak přece tento druhý sen znamenal, že se od otce odtrhne a znovu přikloní k životu a zaznamenává i své pocity: „Neboť čím by se mohla nemocná pomstít účinněji než tím, že na své osobě prokáže, jak je lékař bezmocný a neschopný“ (tamtéž, s.193 - 194).*

Tato krátká ukázka není samoučelná: je v ní představena část z toho co označujeme a zkoumáme jako prožívaný nezdár z pohledu terapeuta: malý pokrok v terapii, neproduktivní terapie, *dropout*, terapeutovy pocity bezmoci a nekompetence, chyby v nedocenění vlivu přenosu a protipřenosu, předčasná interpretace, intervenující vlivy okolí (otce), nedostačující znalosti terapeuta aj.

Důsledkem tohoto Freudova nezdaru jsou další jeho bádání na poli lidské psyché a posléze i to, že jde ve svých nárocích na terapeuta a jím poskytovanou terapii ještě dále: terapie může být neproduktivní či zkončit nezdarem nejen kvůli přenosu od pacienta/klienta, ale i vlivem terapeutova protipřenosu, a postuluje požadavek analytikovy/terapeutovy vlastní cvičné analýzy, čím pokládá základní kameny toho, čemu dnes říkáme psychoterapeutické vzdělávání.

III. Nezdár jako stres a zátěž. Historie, teorie.

„Existuje obecné přesvědčení, že psychoterapeuti pracují pod vlivem velkého stresu: “ Copak z toho nemáš depresi, když ty problémy posloucháš každý den?“ je otázka, s kterou se klinici často setkávají. Skutečně, terapeuti jsou denně konfrontováni s intenzivními emocemi a obtížnými konflikty druhých lidí zahrnující sebevražedné jednání, agresivní hostilitu, psychotické chování a kriminální činy“ (Deutschová 1984, s.833). Z toho vyplývá že nezdár, který terapeut prožívá ve své práci, je zapotřebí pojímat v kategoriích zátěže a stresu. V této oblasti se již lze obrátit k mnoha výzkumným poznatkům.

III. 1. Biologické pojetí stresu a zátěže

Jedním ze zakladatelů teorie stresu byl americký fyziolog Walter Bradford Cannon ((Baštecká, Goldman, 2001, s. 241-242). Odhalil roli sympatoadrenálního systému při vzniku emocí jako strach, úzkost a vztek a označil základní typ obrany živého organismu jakožto „fight or flight“ (případně „freeze“). Svou prací se snažil doložit koncept homeostázy, známý již v antickém lékařství a takéž r. 1915 formuloval koncepci „poplachové reakce“. Organismu reaguje na ohrožení typickými fyziologickými projevy, např. tachykardií, hyperglykemií, mydriázou aj., které umožní rychlejší aktivaci tělesných zdrojů energie pro boj či útěk.

Označení stres (z latinského „*stringo, stringere*“ – utahovat, stahovat) jako souvislý výkladový teoretický koncept pro stavy tísně a ohrožení organismu použil H. Selye v 50. letech 20. století (zaznamenáníhodné je, že se narodil v Komárně a studoval a vyučoval na lékařské fakultě německé části University Karlovy na přelomu 20. a 30. let). Formuloval obecné zákonitosti, jakými se jedinec na biologické úrovni, zejména prostřednictvím endokrinního systému (tzv. *kortikoidní pojetí stresu*) vyrovnává se zátěží a dále teorii tzv. *obecného adaptačního syndromu* (GAS) se třemi následnými úrovněmi, jimiž se organismus zátěží brání, resp. se s ní vyrovnává za účelem obnovení původní homeostázy (s částečným navázáním na Cannonovu práci):

1) *poplachová reakce, alarm (šok a kontrašok)* – organismus nespecificky mobilizuje některé obranné síly a procesy, zvýšenou aktivitou prochází sympatický nervový systém, do krve se vyplavuje podstatně více adrenalinu, organismus se připravuje na reakci flight or fight.

2) *stadium (zvýšené) resistance* – aktivace organismu k odstranění či překonání zátěže, případně k přizpůsobení se, je-li to možné. Záleží na silách organismu a na síle a délce působení stresoru. Pokud jsou síly vyrovnané, je „boj“ déleodobější a může vyústit do fyzických symptomů a tzv. „nemoci adaptace“ (to, čemu dnes říkáme psychosomatická onemocnění – např. vředy žaludeční a dvanácterníkové, kardiovaskulární onemocnění, bronchiální astma aj.).

3) *stadium vyčerpání, exhaust* – pokud ani aktivace obranných sil nepomůže k adaptaci organismu vůči působícímu stresoru, dochází k selhání celého organismu a jeho smrti či poškození (deprese, prožitek bezmoci a apatie, smrt). Dle Seleyho je v této fázi aktivován parasympatický nervový systém.

Selye definoval svou teorii stresu jako biologickou teorii, týkající se nespecifické, obecné reakce organismu na jakoukoli zátěž, stresor. Baštecká a Goldman (2001, s.241) uvádějí Hanzalíčkovu citaci Seleyho definice z r. 1971, kde říká, že stres je „nespecifickou reakcí organismu na jakýkoli požadavek prostředí, např. na jeho změnu. Je to stereotypní, fylogeneticky stará adaptační reakce, původně připravující organismus na fyzickou aktivitu, např. na boj nebo únik“.

Na neurohumorální úrovni dochází k uvolňování hormonu CRF v mozku, v jehož důsledku je inhibováno chování, které není se stresem spojeno (rozmnožování a příjem potravy – tedy slasti) a aktivováno chování, které je spojeno se strachem, úzkostí – a to zejm. zvýšená bdělost a behaviorální aktivita.

Ačkoli byla později Selyeho teorie podrobována kritice pro přílišnou biologičnost – byla však odrazovým můstkem pro další badatele a rozšířena i na duševní a emocionální stavy (např. emocionální stresory úzkost, nenávist, strach, zloba, nevyspalost, senzorická deprivace aj). Atkinson a kol. (2003, s.492-495) shrnuje dosavadní výzkumné poznatky do 2 dimenzí, jimiž člověk jakožto živá bytost reaguje na stres:

- 1) Fyziologické, tělesné: zrychlení metabolismu, dilatace zornic (mydriáza), zrychlená srdeční činnost (tachykardie), zvýšený krevní tlak, zrychlené dýchání, zvýšený svalový tonus, vylučování endorfinů a ACTH, uvolňování cukru z jater aj.
- 2) Duševní, emoční, mentální:

- a) úzkost – následkem je třeba posttraumatická stresová porucha (např. 95% znásilněných žen trpí vážnými příznaky PTSD ještě 14 dní po znásilnění, či „granátový šok“ u válečných veteránů)
- b) vztek, agrese - jde zejména o hypotézu frustrace – agrese, která však neplatí vždy. Není-li možná, je agresivní jednání přesunuto na jiný objekt
- c) apatie a deprese – nepříjemné a neovlivnitelné události mohou vést až k naučené bezmocnosti, v níž jsou lidé apatičtí a pasivně se podrobují (koncentrační tábory, domácí násilí apod.)
- d) oslabení kognitivních funkcí. To má dvě příčiny. Jednak vysoká hladina emoční aktivity může narušovat zpracování informací (úzkost u zkoušky), a zároveň může jedinec regredovat k vývojově ranějším způsobům chování

Obdobné rozdělení podává Křivohlavý (1994, s.29-30), který rozlišuje dimenze příznaků stresu na fyziologické a emoční (obdobné Atkinsonovu dělení), přidává však ještě příznaky behaviorální (např. nerozhodnost, zvýšená nemocnost, sklon ke zvýšené nehodovosti, nadužívání drog, alkoholu a cigaret, ztráta chuti k jídlu či přejídání, snížená efektivita, kvalita a produktivita práce aj.).

Balcar (1991) uvádí pokusy o převod GAS do oblasti duševních stavů, kde: a)poplachové reakci odpovídá vzbuzení úzkosti a aktivity jedince; b) stadiu rezistence vyvolání obranných mechanismů a přechod od činnosti zaměřené na původní cíl k obraně vlastního sebepojetí; c) stadiu vyčerpání odpovídá zhroucení psychických obran, zaplavení jedince úzkostí s projevy příznaků duševní nemoci, rozpadu účelného chování až po rezignaci na adaptaci (sem bychom mohli diagnosticky přiřadit např. akutní trauma, posttraumatickou stresovou poruchu či poruchy přizpůsobení).

S pojmem stresu, rozšířeného z oblasti biologické (fyziologické, endokrinní, tělesné apod.) do oblasti psychické (mentální, emocionální apod.) pak můžeme spojovat tři oblasti (Baumgartner 2001, s. 193):

- a) celkově těžké situace, podmínky, okolnosti či faktory, které na člověka působí (stresory).
- b) Odpověď organismu na stresující činitele
- c) Celkový vnitřní stav (fyzický i psychický) osoby, která se nachází v nepříznivých, stresujících podmínkách (vnitřních či vnějších).

Velmi užitečnou pomůckou při klasifikaci a kvantifikaci stresorů se stala studie Holmese a Raheho (1967), kteří vytvořili škálu, která je inventářem 43 položek životních situací či událostí. Ty jsou seřazeny dle síly významu, ohodnoceného počtem bodů (více Holmes, Rahe 1967, jinou škálu sestavili Cochrane a Robertson 1973). Přes mnohé výtky k reliabilitě test-retest se prokázala užitečnost této škály, která zahrnuje relativně vyváženě eustresové a distresové položky. Významným prvkem této studie je poznatek, že stres se může kumulovat a že existuje jistá hranice, jejíž překročení má signifikantní dopad na zdravotní stav dotyčné osoby – autoři uvádí, že tímto limitem by mohlo být 300 bodů za 3-5 let. Z pohledu kumulativity zátěže jsou důležitým příspěvkem i tzv. „hassles“ (drobné denní mrzutosti) a hassles scale, resp. „uplifts“ (podrobněji Kebza, 2001 s.26).

Pro naše úvahy je však důležité to, že dopady stresu a zátěže mají charakter kumulativní, multidimenzionální (duševní, tělesné a sociální implikace) a že *význam těchto situací je dán subjektivní, osobní prožívanou významovostí*, kterou pro jedince mají, a to nejen v rovině přímého zážitku, ale již samotné anticipace, resp. (řečeno psychoterapeuticky) v rovině představ, fantazií a imaginace. Právě subjektivní významovost prožitků a situací, které lze navodit imaginací, volnou asociací či řízeně, je zpracovávána v různých typech terapií (znovuprožití v psychodynamických terapiích, metoda expozice v KBT, řízené imaginace, autogenní trénink a relaxace atd.).

III.2. Psychologické pojetí stresu a zátěže. Coping.

Mnozí autoři termíny zátěž a stres používají spíše jako synonyma (např. Hladký 1993, Hošek 1997), někdy je pojem stres, v logickém dědictví Seleyho výzkumu, pojímán jako pojem v oblasti biologického, fyziologického zkoumání, zatímco termín zátěž se jeví vhodnější pro oblast psychologického zkoumání a uvažování. J. Daniel (1997) formuloval rozlišení, které je vhodnější i pro účely naší práce. Rozlišuje formy psychické zátěže dle intenzity působícího stresoru a jejího vlivu na danou osobu na:

- a) těžkou zátěž, která je spojena s ohrožením života
- b) střední, která brání úspěšnému proběhnutí činnosti, procesu...
- c) lehkou, která může brzdit či rušit, ale nezabraňuje vykonávání běžné činnosti, neboť není dosažen, resp. překročen hraniční práh stresoru.

Daniel doporučuje užívat pojem stres pro stres fyziologický, resp. pro těžkou formu psychologického stresu, zatímco pro formu střední a lehkou doporučuje používat pojem zátěž, neb jde spíše o subjektivní, prožitkovou kategorii.

Termínem *coping* (zvládání) je obecně označováno úsilí, zaměřené na zvládnutí vnějších i vnitřních nároků, podmínek či situací, které vyžadují či přesahují míru adaptačních schopností jedince (původ anglického slova „cope“ se odvozuje od starofrancouzského „couper“, znamenající „seprat se s někým, dát se do křížku“ – Šolcová, Lukavský 2006).

Coping je převážně pojímán jako náročná zátěžová situace, která vyžaduje vyšší stupeň adaptace, neboť již není zvládnutelná běžnými či automatickými vzorci reagování. Jiné dělení představuje Kováčová (1994, s. 19-20), která poukazuje na rozlišení na *mastery* (ovládání) – *coping* (zvládání) – *defense* (obrana), které jsou subkategorií adaptačního chování. Mastery je spojeno s bezstresovými a převážně dobrými zážitky, zatímco coping a defenze se týkají spíše nepříjemných situací a zážitků.

Suls, David a Harvey (1996) rozlišují tři etapy – generace – vývoje pohledu na coping, jejichž stručnou charakteristiku podává Ruiselová (2006, s.12-13):

1)*první etapa, tzv. psychodynamická.* Dle autorů N.Haanová rozlišila jako první obranné a copingové mechanismy, kdy obranné jsou spíše nevědomé a zaměřené do minulosti, copingové jsou spíše vědomé a zaměřené do budoucnosti. V této první etapě studia copingu převládal přístup vše nebo nic, tzn. konfrontace či vyhnutí se.

2)*přístup transakčně-kognitivní, zdůrazňující význam subjektivního hodnocení v zátěžových situacích (od 60-tých let, Lazarus, Folkmanová a další).* Tito autoři se převážně věnují spíše procesu copingu, než jeho struktuře. Do procesu se pak zahrnuje všechno emoční, kognitivní a behaviorální úsilí, zaměřené k zvládnutí, zpracování, vyřešení či redukci zátěžových fenomenů. Tato zátěž musí, jak definuje Lazarus s Folkmanovou, překračovat adaptivní zdroje člověka – pak teprve jde o coping. Jinak jde „jen“ o rutinní způsoby řešení. Sem patří na jiném místě zmiňovaný *instrumentálně/na problém orientovaný coping*, *emočně orientovaný coping* a *appraisal-focused coping*. Jak zdůrazňuje Ruiselová (2006, s.14): důležité nejsou dispoziční charakteristiky ale „hlavně to, že vliv má ne situace objektivní, ale situace percipovaná, tedy její subjektivní reprezentace“.

3)*přístup osobnostních dispozic, souvislostí a sociálních opor (od 90 tých let, např. Amirkhan).* Dochází tedy ke sbližování zmíněných pólů osobnostních dispozic a procesu zvládání. To

odpovídá známému faktu, že lidé se po zvládnutí problému opírají o svou zkušenost, nacházejí v ní poučení. Zde hraje roli vliv zkušenosti, sociální opory, self-efficacy a tzv. mastery. Např. srovnáme-li to s Bandurovou teorií self-efficacy, pak percepce úspěšné sebeúčinnosti vede ve větší víru v sebe a své schopnosti a lepší zvládání zátěže. Takováto seberegulace má pozitivní, posilující efekt do budoucna, a to jak na proces zvládání, tak na osobnostní charakteristiky. – Rovněž je možno tyto úvahy ilustrovat na kontrastu copingových stylů self-mastery oproti naučené bezmoci.

IV. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE A STRESU JAKO ŘEŠENÍ PROBLÉMU

IV.1. Kognitivně-transakční přístup

V 60-tých letech minulého století R. Lazarus se svými kolegy vytvořil tzv. kognitivně-transakční přístup k zvládání zátěže. Dnes už jsou práce R. Lazaruse a jeho kolegů, zejména S. Folkmanové, považovány za klasiku na téma zátěže a copingu. Odlišil fyziologické zvládání stresu od psychologického a popsal proces a stadia copingu. Jak píše Ruiselová (2006, s.13): *“hovoří při zvládání o „vyrovnávání se“ s interními a/nebo externími nároky. Hovoří tedy o něm jako o nadřazeném pojmu k pojmu obran, vyřešení a adaptace“* klade důraz právě na dimenzi psychologickou, na vnitřní prožívání, vnímání a vyhodnocování těchto nároků či situací. Aby bylo možno hovořit v tomto pojetí copingu, musí požadavky zátěžové situace silně namáhat anebo překračovat aktivní zdroje jedince, čímž se odlišují od automatických, rutinních způsobů řešení, a zároveň musí jít o situace pro jedince subjektivně významné. Lazarus s Folkmanovou (1984, s.32-38) popisují proces vyhodnocení: po odeznění prvního, emocionálního šoku jedinec začne situaci mentálně zpracovávat, dochází k tzv. *cognitive appraisal* ve třech fázích:

- 1) Fáze primárního hodnocení (*primary appraisal*) – vyhodnocení situace subjektem, zda je ohrožující, provokující, irelevantní, zda tedy přináší pozitiva či negativa.... Odpověď na tyto otázky má dle Lazaruse 3 formy odpovědi:
 - a) *post festum* (po události) – např. situace pacienta, u něhož byla zjištěna rakovina
 - b) *challenge* (výzva) – jde o vyhodnocení k akci
 - c) *anticipace* ohrožení – není-li zřetelná odpověď na to, co se děje, případně pokud se zatím nic neděje (např. člověk, který má bolesti hlavy může anticipovat nádorové onemocnění, poruchy zraku, poruchy tlaku apod.).
- 2) Sekundární vyhodnocení (*secondary appraisal*)- subjekt vyhodnocuje své možnosti, reakce a důsledky svého jednání. Konfrontuje své copingové zdroje s danou zátěžovou situací a vybírá konkrétní copingovou strategii
- 3) Přehodnocení (*reappraisal*). Zpětné přehodnocení situace. Nastupuje později, poté co jedinec získal nové informace, které ve spojení se svou zkušeností příště použije.

Po tomto vyhodnocení (které je jakousi analogií k „narázníkovému“ modelu sociální opory, neboť *cognitive appraisal* je jakýmsi kognitivním nárazníkem) autoři představují svou koncepci copingových strategií (tamtéž, s.143-148):

1) strategie orientované na problém (*problem-focused coping*). Jde o úsilí zaměřené na řešení stresující situace, okolnosti, prostředí – např. analýza problému, hledání a vybírání alternativ řešení, vytváření plánu, vlastní jednání. Strategie jsou tedy zaměřeny na vnější podmínky.

2) strategie zaměřené na emoce (*emotion-focused coping*). Toto úsilí je zaměřeno na regulaci emočně stresujících - či potenciálně stresujících - událostí, úsilí o udržení psychické pohody. Může zahrnovat jak prvky přijetí, tak popření. Tyto strategie jsou tedy zaměřeny na vnitřní podmínky.

3) další autoři – Perlin a Schooler, Moos a Billings (Ruiselová 2006, s.13) uvádějí ještě třetí funkci – *appraisal-focused coping* – tj. zaměření na změnu významu problému pro jedince.

Zajímavým příspěvkem je Edwardsovo (1988) pojetí, kdy definuje stres jako „*negativní diskrepanci*“ mezi vnímaným, prožívaným stavem a žádoucím, aktuálně nedostupným stavem jedince za podmínky, že dotyčná osoba tento rozdíl mezi vnímaným stavem a přáním hodnotí jako důležitý. Zde se Edwards odlišuje jak od biologického pojetí stresu, tak od Lazaruse a Folkmanové, kteří vycházejí ze vztahu mezi vnějšími požadavky a vnitřními dispozicemi jedince. Edwardsovo pojetí je v tomto smyslu velmi blízko psychodynamickému uvažování (zdůrazňujícímu dynamiku intrapsychických procesů, prožitek vnitřního konfliktu, ambivalence a nepohody). Situace je vnímána jako zátěžová tehdy, když svá přání a požadavky na sebe není jedinec schopen splnit anebo když řešení diskrepance překročí stávající schopnosti jedince. Snahy jedince redukovat vzniklé napětí a obnovit psychologickou a fyziologickou rovnováhu a pohodu označuje jako coping. Podrobněji toto pojetí referuje Ficková (1993a, b).

IV.2. Copingové zdroje a copingové strategie

Copingové zdroje umožňují efektivnější vypořádání se s náročnými situacemi. Stručný přehled uvádí Křivohlavý (2001) či Výrost a Slaměník (2001) – Rotterův locus of control, resilience od Wernerové, sense of coherence Antonovského, Kobasové hardiness, Bandurova self-efficacy, Seligmanův naučený optimismus, Aršavského a Rottergova koncepce hledačské aktivity (opak k naučené bezmocnosti) apod. Přehlednou a jednoduchou klasifikaci copingových zdrojů uvádí Baumgartner (2001):

a)psychologické – vlastnosti osobnosti, schopnosti, dovednosti, zkušenosti, hodnoty....

b)sociální- rodina, síť sociálních vztahů.....

c)fyzické – zdraví, energie, síla...

d)instrumentální, materiální – hmotné zabezpečení, prostředky, peníze....

Možná bychom mohli přidat ještě jednu kategorii, která se přiřazuje často pod bod „a“, ale zejména s ohledem na existenciální psychoterapii bychom mohli hovořit o zdrojích *duchovních, spirituálních, mravních*, které se úplně nekryjí se zdroji psychologickými (viz Franklovy zákony dimenzionální ontologie).

Postupy, sloužící k zvládání zátěžové situace tvoří samy o sobě nejednotnou oblast bádání. Výše byly zmíněny rozdílná pojetí mezi defenzivními a copingovými strategiemi. Někteří autoři vymezují copingové strategie jako záměrné, cílené, vědomé, jiní zahrnují i spontánní a neuvědomované, defenzivní mechanismy. Kromě klasického, zmíněného rozlišení copingových strategií od Lazaruse a Folkmanové – tedy coping orientovaný na problém a emoce – existuje řada dalších pojetí, často spíše jakýchsi rozpracovaných variant: přehledně je uvádí např. Koslowsky, Kluger a Reich (1995), u nás Frankovský (2001) či Ficková (1993); obdobná rozlišení podávají Glyshaw, Cohen a Towbes (1989), kteří rozlišují *cognitive coping* (jednání při řešení problému) a *behavioral coping* (chování v emočně náročných situacích). I další autoři, např. N.S.Endler a J.D.A. Parker v r. 1990 popisují tři typy copingových strategií, kde první dvě odpovídají Lazarusovu dělení (*na problém orientovaný coping* a *emocionálně orientovaný coping*), třetí kategorií je *únikově orientovaný coping*. N. Cameronová (Bratská 2001) rozlišuje strategie aktivní a pasivní. Balcar (1991) uvádí emoční vzrušení, únik, ustrnutí, přizpůsobení překážce, útok či agresi.

Edwards (1988, dle Baumgartner 2001) předkládá dva modely výběru copingových strategií:

- 1) normativní model, který odpovídá racionálnímu procesu rozhodování, a zahrnuje:
 - a) přehled v tu chvíli vědomí dostupných strategií
 - b) zvažování těch, které přichází v úvahu – jejich pro a proti
 - c) rozhodnutí se pro tu, která je vyhodnocena jako nejpříjemnější a vedoucí k obnovení pocitu pohody
- 2) deskriptivní model, který naopak bere v úvahu omezený počet možností, vyhodnocuje je povrchně a aplikuje ne příliš optimální strategie.

Edwards dochází k závěru, že málokdy v praxi postupujeme racionálně a efektivně. To je empiricky ověřená pravda, člověku je bližší nedokonalost deskriptivního modelu před idealitou modelu normativního. Deskriptivnímu modelu má v tomto smyslu blíže i model, vycházející z faktorové analýzy empirického materiálu a který představil r. 1990 Amirkhan (Baumgartner 2001), který vysledoval tři nejčastější postupy, které lidé používají při střetu s překážkou:

- 1) instrumentální strategie, tedy zaměření se na problém a jeho aktivní řešení
- 2) strategie hledání sociální opory, obracení se na druhé lidi – tedy hledání rady, pomoci, kontaktu
- 3) strategie vyhýbání se, úniku, ústupu - je užívána tehdy, když řešení není závislé na jedinci, resp. jedinec situaci prožívá jako neovlivnitelnou. Zahrnuje např. denní snění, abúzus alkoholu, patologické stažení se apod.

Na závěr můžeme poznatky o různých typech copingu shrnout Lazarusovými slovy, když hodnotil svých 40 let výzkumů na toto téma v Annual Revue of Psychology 1993 (Ruiselová 2006, s.5):

- 1) *Zvládání je komplexní a lidé používají většinu jeho bazálních strategií ve všech situacích*
- 2) *Zvládání závisí od vyhodnocení, zda je možné v dané situaci udělat něco pro její změnu. Pokud ano, dominuje na problém zaměřené zvládání, pokud ne, dostává se do popředí zvládání zaměřené na emoce.*
- 3) *Je-li typ stresové situace konstantní – např. pracovní, zdravotní nebo rodinně orientovaný na stres – muži i ženy vykazují podobné způsoby zvládání.*
- 4) *Některé zvládací strategie jsou stabilnější vzhledem k jejich uplatnění v různých typech stresových situací (např. pozitivní myšlení), některé velmi závisí od situačního stresového kontextu (např. vyhledávání soc. opory).*
- 5) *Strategie zvládání se mění během různých stádií zvládání stresové situace. K tomu je třeba přihlížet.*
- 6) *Zvládání působí jako silný mediátor emočních výstupů situace.*

- 7) *Užitečnost každého způsobu zvládání (coping pattern) se mění podle typu situace, typu osobnosti a ohledem na zkoumanou modalitu (subjektivní pohoda, somatické zdraví nebo sociální soužití)*

IV.3. Psychoanalytické pojetí copingu. Defenzivní mechanismy Ega

Psychoanalýza, případně psychodynamická psychoterapie se samozřejmě a pochopitelně stresem, resp. zátěží a jejím zvládáním zabývala od samého svého počátku. Lidský život sám o sobě lze přece vidět jako zátěž. Heideggerovské „bytí ve světě“, které ve svých seminářích a textech vyučoval a svým životem reprezentoval filosof J. Patočka, je samo obrazem zvládání zátěže po stránce nejen biologické a psychologické, ale i duchovní, mravní. Psychoanalýzu lze již od samého počátku vidět prizmatem zvládání zátěže: pacient přichází do terapie právě z důvodů nezvládání zátěže, kterou mu přináší jeho vlastní život ve světě a vztazích. Tuto zátěž mu pomáhají zvládnout jeho přejaté i vytvořené způsoby chování a vztahování, jeho identifikace, a to, jak se jeho Ego dokáže dobře adaptovat na realitu, že se dokáže řídit principem reality. Pokud tomu tak není, pokud se dostane do vnitřního konfliktu mezi požadavky Id a nároky Superega, které jsou tak silné, že je nemůže Ego uspokojivě řešit, a pokud začnou selhávat jeho obvyklé defenzivní mechanismy, hrozí jedinci „pád do nemoci“, která je vlastně kompromisním formou zvládání vnitřních konfliktů.

Avšak i sama terapie se stává zátěžovou situací, která z hlediska ať již přenosu či paralelního procesu testuje, ale také umožňuje přehodnotit rigidní a selhávající defenzivní mechanismy a směřuje k osvojení či rozvinutí nových copingových strategií a tedy k lepší adaptaci na požadavky reality. Zároveň je prostřednictvím léčby a probíhajícího vztahu vystaven zátěži i terapeut: ať už jde o předivo přenosově-protipřenosových fenomenů či specifickou náročnost či obtížnost, kterou pacient vnáší do terapie svým příchodem (některé typy „obtížných“ pacientů popisuje výstižně a srozumitelně Yalom 2007, či ve své diplomové práci na toto téma Fleišmanová 2008).

S. Freud a jeho následovníci zdůrazňovali primaritu konfliktu vnitřních sexuálních a agresivních motivů s nároky vnějšího světa. Člověk je vystaven jednak nárokům vnějšího světa, jednak nárokům svým vlastním, internalizovaným. Střet principu slasti a principu reality se odehrává nejen na vnější úrovni, ale i na úrovni vnitřní, mezi instancemi strukturálního modelu mysli, tedy mezi Ono a Nadjá (Freud, 1999). Přiměřené zvládání je tak

úlohou Já, které k tomu využívá jak své obranné mechanismy, tak i to, čemu říkáme copingové strategie). Freudovu teorii mysli považujeme za všeobecně známou, a tak ji připomeneme pouze schematicky.

V prvním *modelu afekt-trauma* Freud předpokládal, že hysterická osoba prožila emocionální trauma (např. sexuální zneužití, smrt...) a to bylo vytěsněno a zapomenuto, neb bylo pro vědomou mysl nepřijatelné. Tyto zaškrcené či uskrinuté afekty, spojené s traumatem, se však stále vrací do vědomí v podobě symptomů (např. hysterická slepota). Tato historická traumata Freud řešil pomocí uvolnění zaškrcených emocí (katarze) a vrácením traumatu zpět do vědomí (abreakce). Když zjistil, že některé vzpomínky na trauma jsou „jen“ fantaziemi (výtvary mysli) spojenými s nevědomými (neb nepřijatelnými) přáními, přišel s novým modelem mysli: *topografickým*, se třemi systémy: nevědomí, předvědomí a vědomí. Nejhlubší a nejstarší vrstvou je systém nevědomí, spojený s primárně procesovým myšlením, které je iracionální, nevládnou v něm zákony logiky a času (jako např. ve snech, oné „královská cestě do nevědomí“), představy mohou splývat, zaměňovat se, vzájemně se symbolizovat (tzv. zhuštění a přemístění); nevědomí je ovládáno principem slasti. Systém předvědomí je mezičlánkem tohoto modelu, provádí cenzuru nepřijatelných impulsů při jejich cestě z nevědomí do vědomí a je založen již na sekundárně procesovém myšlení (řídí se principem reality, tedy zákony racionality, formální logiky, gramatiky). Proto nepřijatelné impulzy přichází do vědomí jen v distorzní podobě. Systém vědomí je pak již vrcholně organizován dle pravidel logiky a racionality, převládají zde sekundární procesy řízené principem reality. Traumatem se zde stává nejen to, co se reálně v minulosti přihodí, ale i to, co je „jen“ prožitkovým, subjektivním, vnitřním fenoménem: pak následují pocity viny, odmítání, trestání, zavržení. Jako třetí model zavedl Freud model strukturální, rozdělený na Ono (Id), Já (Ego) a Nadjá (Superego). Ono je zcela nevědomou strukturou, obsahující agresivní a sexuální pudy, a je spojeno s něčím infantilním, primitivním (ne ve významu hanlivém, ale časově-vývojovém), řídí se – jako např. kojenec – principem slasti a touhy po jejím okamžitém uspokojení. Nadjá je pro Freuda psychickou reprezentací rodičovských požadavků z dětství, případně požadavků autorit, společnosti a morálky (neodpovídá plně skutečným rodičům, je to jejich zvnitřněný obraz u mysli dítěte), je tedy spojeno se socializací. Je často – a mimo psychoanalýzu – pojmáno negativně, jako nositel zákazů a viny, avšak jeho druhou tvář je i pozitivní ochrana Ega (tak jako rodič může být trestající i chránící). Má dimenzi vědomou i nevědomou. Ego, Já je původně částí Id, a vyvíjí se jeho interakcí s vnějším prostředím, je prostředníkem mezi požadavky a limity vnější reality a pudovými touhami, je

prostředníkem mezi Ono a Nadjá. Je sice z větší části nevědomé či předvědomé, aby však mohlo „vyjednávat“, má i svou vědomou část, řídící se principem reality a napomáhající tak adaptaci. „Podle Freuda Já není souhrn mechanismů, ale soudržná struktura, jejímž úkolem je ovládat protichůdné tlaky Ono, Nadjá a vnější reality“ (Fonagy, Targer 2005, s.57). Vědomí je jakýmsi orgánem Já a samo Já vzniká z frustrace pudů – ovšem postupně se Freud více odpoutával od pouhých sexuálních motivů a bolest, úzkost či vina a vnější události jsou pro něj stále více důležité fenomény než sexuální pudy. A jako své pomocníky a zbraně využívá Já obranné mechanismy. „Freud už nechápal obrany jako pouhé překážky pro nevědomé impulzy, začal je považovat za způsoby modifikace a adaptace nevědomých impulzů, jakož i ochrany Já před vnějším světem“ (Fonagy, Targer 2005, s. 58).

Procesy obran a obranné mechanismy prvně systematicky roztřídila, vycházejíc z otcova díla, A. Freudová (2005, s.12-13): „Na své cestě k uspokojení musejí hnutí přicházející z Ono projít územím Já. Tam vstupují do neznámé atmosféry: V Ono totiž vládne takzvaný primární proces...Naproti tomu v Já musí vzájemný styk splňovat přísné požadavky...vyžaduje se od nich ohled na požadavky reality, ba nejen to: vyžaduje se tu od nich ohled na etické a morální zákony, které by z Nadjá rády určovaly chování Já.Veškeré obranné akce Já vůči Ono jsou neslyšné a neviditelné pochody, které nemůžeme nikdy skutečně sledovat, můžeme je pouze dodatečně rekonstruovat.“

Freudová od popisu, jak obranné mechanismy pracují, přechází k jejich identifikaci: jsou to vytěsnění, regrese, reaktivní výtvar, izolace, popření události, projekce, introjekce, obrat proti vlastní osobě, zvrát v opak a sublimace čili přesun pudového cíle (2005, s.36) a nazývá je metodami boje Já proti dorážejícím pudům a afektům.

Jinak řečeno, v psychoanalytické teorii slouží *obránné mechanismy* Ega k jeho ochraně před zahlcující úzkostí a k jejímu zvládnutí či kanalizaci. Tato úzkost má tři kořeny (Rycroft 1993,s.84-85):

- a) (nepřijatelnou) pudovou tenzi (přání Id)
- b) reakce Superega (špatné svědomí, výčitky)
- c) reálné nebezpečí (tedy oproti předchozím dvěma intrapsychickým procesům jde o ohrožení z vnějšku).

Freud lapidárně shrnuje (Freud 1969, s.376): „*příslaví nás varuje, abychom nesloužili zároveň dvěma pánům. Ubohému Já se však vede ještě hůře, slouží třem přísným pánům....Ti tři despotičtí páni jsou: vnější svět, Nadjá a Ono*“.

Stručnou charakteristiku nejznámějších druhů obranných mechanismů podávají , Rycroft (1993) , Fonagy a Targetová (2005), A. Feudová (2005) či Balcar (1991). (My je považujeme za natolik odborně známé, že je zde nebudeme představovat – v dnešní době různí autoři uvádí až ke 40 typům. Jako podstatné a jinými směry přejaté bychom mohli ještě uvést *splitting*, *projektivní identifikaci* či *racionalizaci*).

I teoretičtí badatelé (Ficková 1993) oceňují propracovanost psychoanalytického přístupu ke copingu. Psychoanalytické poznatky a studie v této oblasti ale nejsou většinou dány ověřováním poznatků reprezentativními výzkumy, ale ponejvíce kazuistickými studiem z klinické praxe. To je jejich výhodou i nevýhodou: jejich vysoká validita je omezena nízkou reliabilitou. Na nedostatek „tvrdých“ dat upozorňuje Šebek (2001).

Atkinson připomíná, že Freud a psychoanalytici pojednávají obranné mechanismy ve smyslu (nevědomého) vyrovnávání se s úzkostí. Tyto nevědomé strategie (obránné mechanismy) nemění stresovou situaci, podnět či okolnosti, ale mění způsob, jak daná osoba situaci vnímá, hodnotí a zvládá. „*Všechny obranné mechanismy tedy obsahují prvek sebeklamu*“ (Atkinson 2003, s.513). Jako hlavní pak jmenuje vytěsnění, racionalizaci, reaktivní formaci, projekci, intelektualizaci, popření a přesunutí.

Jako první definovala rozdíl mezi copingem a defenzivním mechanismy Haanová (1963,1977 – dle Suls a kol., 1996). Haanová označuje obranné mechanismy jako rigidní, zkreslující realitu, odvozené z minulé zkušenosti a určené či spojené s nevědomím, zatímco jednání spojené s copingovými mechanismy je spíše a také více flexibilní, záměrné, cílené, orientované více na realitu, rozvržené do budoucnosti a spojené převážně s vědomím či předvědomím (podrobněji referuje Ruiselová 2006, s.12-13).

Oproti tomu Snyder (1999, s.7-8) obhájí spřízněnost konceptů copingu a defenzivních mechanismů a snaží se formulovat kompromisní řešení v tom smyslu, že obrany rozděluje na maladaptivní, tedy rigidnější a odpovídající Haanové pojetí defenzí, zatímco adaptivní odpovídají spíše třídě druhé, tedy Haanové pojetí copingu. Lazarus netřídí copingové strategie na adaptivní a maladaptivní, je pro něj důležitější spíše výsledek copingu.

IV.4.Behaviorální techniky zvládání zátěže

V oblasti behaviorálních technik zvládání zátěže myslíme *psychologické autoregulační techniky* v podobě, ve které je v české odborné literatuře popisuje Machač a Macháčová (1991) a do kterých zahrnují jógu, meditaci, Jacobsonovu progresivní relaxaci, Schultzův autogenní trénink a relaxačně aktivační metodu.

Jiní autoři (Atkinson 2003, s.517-518) zmiňují nejčastěji biofeedback, relaxační trénink, meditace a cvičení. Tyto techniky jsou vlastně postaveny na teoriích učení a podmiňování. Jsou povětšinou vlastní behaviorálním či eklektickým, resp. integrativním směrům. Jejich primárním cílem je zvládnutí (vypjatého) emocionálního a psychického stavu a návrat k relativně vyrovnanému vnitřnímu stavu, případně uvolnění napětí.

a)biofeedback, kdy jedinec dostává zpětnou vazbu o určité oblasti svého fyziologického stavu a ten se pak pokouší změnit

b)relaxace, progresivní relaxace, autogenní trénink, hypnóza, focusing, v nichž jde o nácvik rozvoje hlubšího tělesného vnímání, udržení kontroly i schopnosti jejího uvolnění i s možnostmi duševní koncentrace

c)jóga, meditace a řízené imaginace, které jsou spojeny s nácvikem rozvoje vlastní vnímavosti a řízené koncentrace na cíl či naopak mentálního „vyprázdnění“, získání odstupu

d) tělesná cvičení, spojená s fyzickými aktivitami

e)různé formy podmiňování, spojené s nácvikem sebeovládání a zvládání

Tyto přístupy neuvádíme podrobněji, neboť předpokládáme jejich všeobecnou rozšířenost a známost, zejména díky publikacím S.Kratochvíla. V naší práci mají spíše okrajový dopad a proto jim nevěnujeme bližší pozornost. Zároveň je třeba zdůraznit, že behaviorální techniky zvládání stresu jsou velmi efektivní, elegantní a povětšinou (a při systematickém tréninku) dobře použitelné. Ve své přirozené a mnohdy nereflektované podobě (běžná cvičení k uvolnění či vybití napětí, prohlubování koncentrace či naopak „pročištění“ mysli) je používá většina z nás. Přesto jde o speciální, účelové a účelné strategie, které pomáhají zvládat prožívání nezdaru pro někoho (či v některé situaci) dostačujícím způsobem, jindy jako doplňující strategie.

Můžeme však také nalézt jejich negativní užití: např. terapeut, který místo reflexe a analýzy případu svého vlastního podílu své napětí pouze odaguje, odehraje a nezvědomí si je, např. tím že jde radši relaxovat, sportovat, „vybít“ si pouze své napětí, zapomenout.

V. NEZDAR Z POHLEDU SOCIÁLNÍHO A KOGNITIVNÍHO.

V. 1. Sociální opora

Člověk žije ve vztazích a jeho způsoby zvládání zátěže určují jak osobnostní dispozice, tak i sociální zdroje, které má k dispozici. Sociální opora má důležitý vliv na zpracovávání nepříznivých, zátěžových životních situací a je natolik důležitou součástí samotného copingu, že se sama stala předmětem zájmu badatelů.

Výrost a Baumgartner (2001, s.113) charakterizují sociální oporu jako zastřešující konstrukt pro „*informace anebo aktuální jednání, které vede jednotlivce k přesvědčení, že si ho ostatní lidé váží, stojí o něj a v případě potřeby mu jsou ochotni poskytnout pomoc a péči...Původně (R.S. Lazarus, S. Folkman, 1984) sociální opora tvořila pojmový rámec pro vyjádření výsledku procesu zvládání (coping) v tom smyslu, že pomáhá člověku efektivně se vyrovnat s negativním vlivem stresové situace*“.

Sociální opora byla zkoumána dle různých paramentů, jakými jsou opora rodinných příslušníků a přátel či opora profesní, spokojenost s oporou, přiměřenost opory, dostupnost v čase apod. Sociální začlenění (to o čem Heidegger mluví v pojmech *In-der-Welt-Sein, a mitsein*) je nezbytnou podmínkou a součástí psychického zdraví, pohody a prožívané životní naplněnosti.

Šolcová a Kebza ve své obsáhlé přehledové studii (1999 a dále z ní citujeme) rozlišují 2 základní přístupy ve výzkumu sociální opory:

- 1) Z pohledu sociologického paradigmatu, zaměřeného na sociální interakci a okolnosti jejího vlivu
- 2) Z pohledu medicínsko-psychologického modelu zvládání stresu či tlumení jeho důsledků (coping, buffering)

Autoři uvádějí Bakalovo rozlišení (1992) do dvou základních dimenzí významu sociální opory:

- 1) *Stress-buffering model, stress-centered model*. Zde sociální opora napomáhá jako nárazník a to pouze či zejména tehdy, je-li jedinec vystaven působení stresorů či dopadu stresu (zejména chronického)

- 2) *Main effect model*. Model přímého, hlavního účinku, kdy bylo zjištěno, že lidé s funkční a silnou sociální sítí (rodina, přátelé, spolky, církve) mají nižší pravděpodobnost úmrtí než lidé se slabou sociální sítí. Zde má tedy sociální opora přímý důsledek a dopad

Dále autoři zmiňují Valentinerovu studii (1994), který zkoumal vliv sociální opory na volbu copingových strategií a doložil, že jedinci, kteří mají k dispozici více osobních a sociálních zdrojů volí většinou „strategii zvládání řešením situace“ (*approach coping*), zatímco antipodem téhož je volba „vyhýbavé strategie“ (*avoidance coping*). Zároveň další výzkumy potvrdily, že kvalitní sociální vztahy jsou důležitým zdrojem identity, pozitivního hodnocení i sebehodnocení, ale i self-efficacy. Titíž autoři poukázali, že kombinace vysoké úrovně stresu a nízké úrovně sociální opory koincidují se vznikem nemocí. Nízká úroveň sociální opory (v důsledku až sociální izolace) je spojena s nízkou vulnerabilitou. Sociální opora má prokázaný pozitivní vliv u osob s PTSD (posttraumatická stresová porucha), tedy u obětí katastrof. Samozřejmě v speciální formě funkci sociální opory nalezneme i v našem oboru – psychoterapii. Různé konference, pracovní setkání, kurzy, peer groups, balintovské skupiny a supervize mají i tuto důležitou funkci.

Šolcová a Kebza uvádí mnohá rozlišení, z nichž zejm. Houseovo představuje pro nás použitelný model, neboť se velmi blíží charakteristikám klinické supervize (House 1981):

- 1) Emocionální opora (láska, obliba, empatie....)
- 2) Hodnotící opora (spojená s oceněním vedoucím k pozitivnímu sebeocenění)
- 3) Informační opora (zprostředkování informací a rad, důležitých pro zvládání konfliktů, problémů aj)
- 4) Instrumentální opora (praktické druhy pomoci či materiální pomoc)

Sociální opora však může mít i negativní dopady: přináší nejen „oporu“, ale i konflikt. Specifickými zdroji stresu jsou např. i dobré vztahy, neboť jsou také vystaveny stereotypii, stávají se normou, závazkem a nárokem. Sociální opora může vytvářet závislost a bránit separaci a individuaci, je-li přehnaná neumožní testovat zátěž a řešení konfliktů, může prohlubovat pocity bezmoci, může vést k sebeznevážení a ohrožovat sebeúctu a sebedůvěru, jde proti potřebě a představě autonomie a kompetence a – konec konců - nemusí ani odpovídat potřebám či představám jedince.

Velice důležitým prolnutím konceptu sociální opory s klinickými poznatky jsou psychoanalytické příspěvky J. Bowlbyho a jeho teorie attachmentu (1969). Bowlby prokázal zásadní význam pevné, trvalé a bezpečné vazby mezi matkou a dítětem, jeho sociální důležitost pro další sociální vývoj. Její chybění či destrukce vede k úzkostnému sociálnímu připoutání (anxious attachment). Krivohlavý právě tuto spojitost zdůrazňuje (2001, s.1001).

Svou důležitou roli sehraává sociální opora i v klinické praxi, ať formou kontaktů s kolegy, nebo intervizní či supervizní formou péče o terapeutů. Specifickým příspěvkem na pomezí sociální opory a prevence burnout i protipřenosu je požadavek F. Fromm-Reichmannové (2003), aby psychoterapeut (v té době psychiatr) měl i mimoprofesionální zdroje uspokojení a bezpečí, než jen ty, které mu vlastní poskytuje práce s klienty.

Opomíjenou formou sociální opory je i solidarita a duchovní opora (nelze si nevzpomenout na polské hnutí Solidarita s jeho krédem: „není svobody bez Solidarity“, kterážto S(s)olidarita umožnila lidem vzpřímit se a demontovat totalitní systém). Je zaznamenáníhodné, že právě Lazarus s Folkmanovou (byť toto se obvykle nezmiňuje) zdůraznili podstatný vliv víry a přesvědčení, které umožňují člověku prožívat smysl a udržet si naději i v náročných životních situacích (1984, s.80).

V. 2. Nezdár jako problematika sociálního učení. Sociálně-kognitivní teorie

Bandurova ve své sociálně kognitivní teorii učení odmítl původní jednoduché behavioristické pojetí „*monkey see, monkey do*“ a zdůraznil nezbytnost sociálního posílení, imitace a identifikace v sociálním učení (čímž se přiblížil psychodynamickým konceptům vývoje, učení a zrání). Vytvořil model triadického recipročního determinismu, kde vnější chování jedince, jeho vnitřního osobnostního uspořádání (kognice) a okolní sociální prostředí tvoří vzájemně se determinující celek (ve smyslu pravděpodobnostním, ne lineárním: Janoušek 1992). Lidské chování je v jeho pojetí dynamická, vzájemně se ovlivňující interakce osobnostních faktorů (to, co byl pro původní behavioristy tzv. black box), chování a prostředí, kde se uplatňuje modelování a zástupné učení. Důležitým momentem jeho učení je teorie self-efficacy (překládáno jako *sebeuplatnění* autory jako Vymětal 1966, Janoušek 1992, Ruiselová 2006, někdy jako *sebeúčinnost*. Z důvodů jednotnosti výkladu zachováváme anglický originál). Zkušenost, kterou jedinec svým chováním a konáním získá, mu umožňuje vytvářet odhady o svém budoucím chování a tak je (a tedy i sebe) ovlivňovat. Self-efficacy je

založena na skutečném zvládnání nároků, a je tudíž spojena i s vnímáním vlastního sebeuplatnění, víru v něj a uvažování o něm (Ruiselová, 2006). Vyšší self-efficacy posiluje kognitivní procesy a výkon, naopak nižší účinnost se spojuje s depresí, úzkostí a bezmocností. Rozdíl mezi prostým očekáváním a self-efficacy Bandura popisuje tak, že očekávání výsledku je „*odhad jedince, že dané chování povede k určitým výsledkům, zatímco očekávání self-efficacy vyplývá především z přesvědčení, že je člověk schopen se úspěšně chovat tak, aby výsledku bylo dosaženo*“ (Buchtová 2001, s.95).

To znamená, že každý výsledek interakcí triadického modelu se ukládá jako zkušenost a z ní plyne představa self-efficacy. Představa o vlastní self-efficacy zpětně ovlivňuje kognitivní zpracování rizik a zátěže a volbu copingových strategií. Pokud má jedinec zkušenost a přesvědčení, že může zátěžovou situaci zvládnout, snižuje se míra jeho stresu, úzkosti a inhibice a dokáže zátěž buď vnitřně zvládnout, nebo změnit vnější okolnosti takovým způsobem, který mu lépe vyhovuje. Jinak řečeno: na diskrepanci mezi stanoveným cílem a dosaženým výsledkem člověk reaguje dle toho, jaké jsou jeho vnitřní očekávání, představy o sobě a požadavky na sebe a taktéž jeho vlastní zkušenost se sebou. Jestliže naplňujeme své či požadované cíle, dostavuje se sebeuspokojení a posiluje se sebedůvěra a sebeúčinnost, sebeuplatnění. V opačném případě se dostavuje pocit nespokojenosti a snižuje se představa o vlastní self-efficacy (této problematice u manažerů se věnuje v disertační práci Hiršová, 2006).

Právě představa a následně zkušenost s vlastní self-efficacy se podílí na tom, zda nespokojenost se sebou povede k vyššímu úsilí, aktivitě a iniciativě, nebo naopak k rezignaci a stažení, zda se nechá odradit neúspěchem a rezignuje, či zda znásobí své úsilí, bude jej cíleně regulovat a podaří se mu dosáhnout cíle. Ovšem samo vnitřní přesvědčení ještě (pochopitelně) nezkládá vnější realitu: to, že jsem přesvědčen, že něčeho dosáhnu neznamená, že toho dosáhnu. Taktéž ovšem to, když toho nedosáhnu, neznamená (někdy bohužel, jindy bohudík), že přijdu o své přesvědčení. Buchtová (2001, s.48) uvádí Bandurovu vlastní relativizaci self-efficacy: když nedosáhneme cíle, tak „...*budou si někteří jedinci méně jisti svým self-efficacy, jiní ztratí víru ve své schopnosti, avšak mnozí zůstanou přesvědčeni, že mohou cíle dosáhnout....Překročení náročné normy vynaložením soustředěného úsilí nemusí nezbytně posílit vlastní přesvědčení o self-efficacy... I když u většiny lidí posílí vysoký výkon jejich sebedůvěru, zůstane velký počet těch, kteří obtížně zvládali cestu k úspěchu a žijí dále v pochybnostech, zda by byli schopni opakování výkonu*“. Výzkumně k podobnému závěru došla studie Johnsona a kol. (1989, dle Thériaultová a Gazzola, 2008): sebeúčinnost roste u psychoterapeutů s tréninkem, ale neprokázalo se, že by signifikantně ovlivňovala terapeutické

dovednosti, tedy že neexistuje přímá závislost mezi přesvědčením o svých schopnostech a prováděním dobré terapie, práce.

Bandurova teorie se stala důležitým přínosem pro zkoumání vlivu učení (zejména sociálního), zkušenosti se sebou a vlastního sebepojetí se na predikci, úroveň chování či výkonu a jeho regulaci v nových situacích. Zároveň se v ní podařilo propojit některé prvky srozumitelné jak školám kognitivně-behaviorálním (učení podmiňováním), tak i psychodynamickým (identifikace s autoritou, dynamické interakce) do smyslného celku.

V. 3. Nezdar a zvládání zátěže jako mastery (ovládání, mistrovství): kognitivně-relační přístup

Teorie dokonalého ovládání (control-mastery theory -CMT) původně vznikla jako specifická technika psychoanalytické práce. Pojem „*mastery*“ vnesl do psychoterapie psychoanalytik J. Weiss r. 1960 při snaze o lepší porozumění terapeutickému procesu a dnes se někdy také označuje jako kognitivně-relační přístup, dále rozvíjený např. Rappoportem. CMT předpokládá (Weiss 1993), že psychopatologie a vnitřní omezení pramení především z patogenních přesvědčení vytvořených v dětství. Tato zkreslená, maladaptivní přesvědčení jsou spojena s dosahováním pozitivních životních cílů, jako je dobrá životní pohoda, uspokojivé vztahy či životní kariéra a klient na nevědomé úrovni předpokládá, že dosažením nějakého takového cíle ohrozí sebe nebo druhé, má nadměrný strach z odplaty a trestu, přehnaná negativní očekávání. S tímto nevědomým plánem přichází jedinec do terapie. Jedním ze základních prostředků, kterými lze potvrdit či vyvrátit tato patogenní přesvědčení je vztah s terapeutem. Terapeutické působení tak spočívá v kontinuálním vyvracení těchto přesvědčení různými prostředky, jako je např. celkový postoj terapeuta k pacientovi, tím že terapeut úspěšně projde testováním na potvrzení těchto přesvědčení a samozřejmě interpretováním těchto odehrávaných nevědomovaných scénářů. Cílem terapie je pomoci klientovi odhalit a vyvrátit tato přesvědčení a pomoci mu volněji žít, aby mohl jít svou cestou za svými životními cíly (to co by daseinsanalýza nazvala uskutečňováním vlastních potencialit).

Samozřejmě, že pojem „*mastery*“ není vyhrazen jen Weissovi a zastáncům CMT. Již Lazarus s Folkmanovou v oblasti copingu hovoří o úsilí o mistrovské zvládnutí, redukování, minimalizování či tolerování negativních důsledků interních anebo externích požadavků.

Podobně Bandurova self-efficacy a autoregulace má blízko k tomuto pojetí ve smyslu anticipace ať již zlepšeného výkonu a naopak.

Ficková (2006, s.39) cituje Dweckovou a Sorichovou (1990), které popisují dva způsoby, kterými lidé obecně reagují na nezdar při zvládání problémů, a lze je považovat za copingové styly:

a)bezmocnost (helplessness), která se projeví negativními pocity, autoakuzací, vyhýbáním se další výzvě, snížením výkonu

b)zaměřením na ovládnutí (mastery-orientation), která se projevuje optimismem, zvýšeným úsilím, snahou o zdokonalení

V teoriích učení se užívá pojem „*mastery*“ pro dokonalé ovládnutí, mistrovství. Self-mastery je, jak citují Ruiselová a Prokopčáková (2006 s.45) „*percipované osobní mistrovství v řešení životních situací*“. Autorky uvádějí studie, dle nichž self-mastery negativně koreluje s depresí, resp. jedinci s vyšší úrovní self-mastery se nezabývají neproduktivním řešením neřešitelných úloh, pokud mají jiné alternativy, na rozdíl od jedinců s nízkou úrovní self-mastery. Tato oblast je taktéž pochopitelně spojena s Antonovského porozuměním a koherencí (*sens of coherence*) či Bandurovou *self-efficacy*. Výsledky zkoumání i žitá zkušenost potvrzují, že „*vnímaný úspěch (posílnění) anebo selhání (trest) regulují kognitivní procesy a následně ovlivňují budoucí chování v problémové situaci*“ (tamtéž, s.47). Autorky tato tvrzení podpírají svým výzkumem u 345 VŠ studentů: výsledky potvrdili, že muži i ženy, kteří vykazují self-mastery jako styl zvládání, mají signifikantně vyšší úroveň sebeobrazu a sebehodnocení.

VI. OSOBNOSTNÍ DISPOZICE A ZVLÁDÁNÍ NEZDARU

VI.1. Psychická odolnost (nezdolnost) při překonávání zátěže

Izraelský psycholog Aaron Antonovsky při výzkumech žen, které přežili koncentrační tábory zjistil (Antonovsky 1987), že 29% přeživších má dobrý emocionální život, zatímco v kontrolní skupině takových lidí bylo 51%. Tento výsledek je jistě překvapivý a Antonovsky jej interpretoval tak, že tito přeživší nebyly prožitým utrpením a stresem vnitřně zničeni, že mají silné vnitřní zdroje odolnosti (nezdolnosti) – *generalized resistance resources*. Tyto vnitřní zdroje jsou spojeny s tím, jak vnímají svět a život, jaký je jejich postoj k životu, vnitřní integrita, *sense of coherence* (překládáno jako *smysl pro integritu, koherenci* – SOC). SOC definoval třemi základními dimenzemi, kdy každá má svůj kladný a záporný pól:

1) *srozumitelnost (comprehensibility)* znamená víru a přesvědčení, že svět a věci či dění v něm jsou logicky pochopitelné, mají svůj řád, dá se jim rozumět a také anticipovat, vytvářet si jistoty a obnovovat je (a to i po zkušenosti holocaustu). V kladné dimenzi je člověk aktivním činitelem, v negativní pak převládá zmatek, nesrozumitelnost, člověk se stává pasivním objektem dění.

2) *zvládnutelnost (manageability)* je víra a přesvědčení jedince, že má dovednosti, schopnosti, a zdroje vnitřní síly, které mu pomáhají zvládat požadavky, jimž čelí. Kladným pólem je vědomí vlastních sil, schopností a možností řešit situaci, záporný pól je pocit bezvýchodnosti, z čehož pramení deprese, úzkosti, apatie a pasivita.

3) *smysluplnost (meaningfulness)* pomáhá jedinci věřit a zažívat, že události v jeho životě mají smysl, že jsou výzvami, a že život stojí za to žít. Kladným pólem je tak prožívání smyslu, život stojí za to a klade člověku výzvy. Negativním pólem je odcizení, k sobě samému i druhým, světu. Toto pojetí plně koresponduje s Franklovou logoterapií a je nejdůležitějším prvkem SOC.

Analogický problém, ale jinou cestou, řešila i americká psycholožka S.M. Kobasová a kolegové S.R. Maddi a S. Khan.. Zkoumala vedoucí pracovníky americké střední třídy pomocí Social Readjustment Rating Scale a se zakotvením v existenciálním přístupu k pojetí člověka definovala 3 charakteristiky, určující tzv. *hardiness- osobnostní tvrdost*:

a) control – zda se člověk vnímá jako aktivní činitel, zda je schopen řídit a kontrolovat dění

b)commitment – zda a jak je člověk oddán tomu co dělá, zda a jak je schopen se s tím ztotožnit

c)challenge – zda a jak člověk chápe životní situace jako výzvy k boji, aktivitě

Výsledky těchto studií poukazují k tomu (Křivohlavý, 2001, s. 75), že lidé s vyššími hodnotami „hardiness“ lépe zvládají těžkosti, lépe o sebe pečují, používají aktivnější strategie ve zvládání či vyhýbání se těžkostem, využívají sociální opory apod.

Jiné pojetí odolnosti jakožto resilience (latinsky *salite- skákati, re – zpět*) - odolnosti, pružnosti či nezdolnosti referuje přehledně ve své studii Novotný (2010, s.74-87), a to jako o *adaptaci navzdory riziku*, dle Gilligana (tamtéž, s. 75) jde o „*soubor rysů, které napomáhají jedinci snést řadu negativních činitelů nepříznivých situací....*“. Resilience však neznamená nezranitelnost – jde o dynamický charakter interakčních procesů, které jsou utkány sítí individuálních charakteristik a daných kontextů. Při zkoumání resilience byly zdůrazněny 2 mody (tamtéž, s.76):

a) procesy rizikové, které zvyšují pravděpodobnost nežádoucích a rizikových výsledků

b)procesy protektivní, které podporují rozvoj resilience a snižují dopad negativních procesů (např. self-esteem, self-efficacy).

Téma resilience je v odborné literatuře posledních let hojně diskutováno, např. zda jde o osobnostní charakteristiku či interakční dynamický proces (ego-resiliency vs. resilience). Hlubší a širší přehled tematu přináší již zmiňovaná Novotného studie.

VI.2. Naučená bezmocnost a pocity nekompetence vs. naučené zdroje síly

Pokud přijímáme koncept osobnosti a osobnostních charakteristik, které mohou hrát roli při zvládání nezdaru, najdeme i v této oblasti inspirativní a s naším výzkumem souvisící teorie. Při vnímání nezdaru je zásadní a prvotní již to, zda jej jako nezdar hodnotíme – resp. zda jsme vůbec vnímali něco, co takto můžeme hodnotit a čemu, resp. komu to můžeme připsat. Jak říká J.Patočka, světu už vždy nějakým způsobem „předem“ rozumíme, nějak si ho vykládáme a nějak se nám otvírá. V psychologii se některými prvky tohoto procesu se zabývá *atribuční teorie*: dle jejího tvůrce F. Heidera (1958) si lidé chovají jako amatérští vědci, kteří

si vyhodnocují získané informace a na základě těchto soudů vytváří své postoje k druhým (jakousi „naivní psychologii“), přisuzují jejich chování určité pohnutky. Heider rozlišuje vnitřní atribuce, kdy chování druhých připisujeme vnitřní pohnutky, zatímco u vnějších atribucí předpokládáme vlivy situační. Atribuce jsou tedy přirozenou a nezbytnou součástí života (lze říci subjektu), abychom vůbec mohli porozumět realitě, a zároveň skrze atribuce lze zpětně rozumět dotyčnému subjektu a jeho vnitřnímu světu, což je podstatné zvláště v psychoterapii).

Hayesová (1998, s.42) referuje o atribučních stylech (např. naučená bezmoc u deprivovaných osob) a jejich důsledcích pro terapii a zdůrazňuje, že jestliže chceme léčit lidi, je potřeba „léčit“ i jejich atribuční styly. Sociální atribuce jsou přesvědčení, týkající se celých skupin a týkající se jejich sociální identity. V psychoterapii jde např. o přesvědčení, že klienti jistě etnické, socioekonomické či diagnostické skupiny jsou neléčitelní, což zpětně ovlivňuje to, zda vůbec léčení budou a s jakým postojem a očekáváním ze strany terapeutů: podobný byl kupříkladu dlouhá léta úděl tzv. hraničních či narcistických pacientů.

Blízkou variací je koncept *locus of control* J.B. Rottera (1975), což je jiný způsob popisu regulativní činnosti a opírá se o poznatky atribuční teorie. Zjistil, že lidé se k řešení problémů a potíží staví - schematicky vyjádřeno - dvojím způsobem, z dvou krajních bodů, které nazval *interní locus of control*, což jsou lidé, kteří mají předpokládané vnitřní ohnisko řízení vlastní činnosti, vnímají svou vlastní kompetenci a naplňují ji, oproti lidem s *externí locus of control*, kteří předpokládají, že se situace vyřeší sama, např. v důsledku osudu či nahodilostí. Jejich LOC je externí a očekávají tedy řešení zvnějšku. Tento postoj má taktéž blízko a byl zkoumán spolu s *learned helplessness*.

Learned helplessness se v psychologickém zkoumání pojí s výzkumy učení, tak jako mastery, self-efficacy, locus of control aj. Byl to zejména M.E.P.Seligman (1967), který během typicky behaviorálních experimentů navodil opakované řešení neřešitelných situací. Testoval dvě skupiny psů, vystavených v kleci elektrickým šokům. Jedni mohli tyto podněty přerušit stlačením tlačítka nosem, druzí ne. V druhé části experimentu byly obě skupiny vystaveny dalším averzivním podnětům, z nichž byla možnost úniku pro obě skupiny. Možnost úniku však objevili a využili jen psi z první skupiny, té, která předtím mohla ovládat nepříznivé podněty. Psi z druhé skupiny zmatení pobíhali, poté ulehli a tiše kňučeli. Právě toto chování bylo označeno jako *naučená bezmoc* a stalo se předmětem mnoha výzkumů (Lovaš, 2001). Navíc se zjistilo, že není potřeba ani osobní zkušenost, stačí pozorování, zástupné učení. Když

je lidem předáno, že jejich situace je neřešitelná, např. pozorováním druhých, vede to rovněž k bezmocnosti (Maier, Seligman, 1976). Tato zkušenost je stará jak lidstvo samo a její negativní důsledky jsou v čerstvé paměti (chování a prožívání lidí v totalitních systémech, koncentračních táborech aj). V oblasti psychoterapie k tomuto fenoménu mohou vést přesvědčení či atribuce, že někdo či něco je neléčitelné, nezvladatelné apod., což se týkalo ponejvíce psychóz, depresí či poruch chování. Seligman s dalšími autory rozlišili mezi :

- a) generalizovanou bezmocností – selhání je objektivně nekontrolovatelné, nikdo není schopen problém vyřešit, je to dáno externími faktory. To zároveň umožňuje dané osobě podržet si vlastní sebeúctu.
- b) osobní bezmocností – přesvědčení, že konkrétní osoba nemá, na rozdíl od osob jiných, schopnost úkol vyřešit a selhání je připsáno vnitřním faktorům. Zde je ohrožena sebeúcta jedince a tato situace je často spojena s depresí (Abramson a kol., 1978)

Pocitům nekompetence (které mají blízko k naučené bezmocnosti), jejich kořenům a vlivům na práci terapeuta se podrobně věnuje Thériaultová a Gazzola(2008). Poukazují na to, že pocity nekompetence jsou spjaté s takovými koncepty, jako *mistrovství, sebedůvěra a sebeúčinnost, protipřenos* či *nezdar*. Uvádí mnohé studie autorů (např.Howard, Orlinsky a Hill, Mearns, Bandura aj)., kteří se věnovali studiu pocitů nekompetence, nízké sebeúčinnosti (low self-efficacy), pochyb o sobě (self-doubt) a zvládání negativních emocí, které přispívají prožívání nižší kompetence a z ní plynoucích inhibicí. Anthonyho studie (1969) ukázala, že terapeuti se ani po čtyřech letech praxe v oboru a praktických zkušenostech necítí bezpečně. Orlinsky a Howard (1977) prokázali, že v jedné čtvrtině sledovaných situací se psychoterapeuti cítili neschopní . Mearns (1990) referuje o dvou zkušených britských terapeutech s více než 20 letou praxí, kteří navíc i psychoterapii vyučovali, kteří vypověděli, že někdy pochybují o svých schopnostech natolik, že by vše zabalili a šli pracovat někam do byznysu nebo do kanceláře. V jiném výzkumu se Orlinsky a kol (1999) zaměřili na odkrytí souvislostí mezi zkušeností (danou praxí) a nejistotou. Thériaultová a Gazzola (2006, s.34) činí – i z hlediska naší práce – velmi důležité rozlišení, když říkájí: „*Pocit nezdaru zahrnuje elementy uvnitř i mimo terapeutovo chtění (volition), jako např. předčasné ukončení terapie, zatímco pocity nekompetence se týkají hodnocení sebe sama: vlastní role, porozumění, rozhodování a akce. Pocity nekompetence jsou jednou z mnoha komponent pocitu nezdaru*“.

Na opačném poli pomyslného spektra oproti naučené bezmocnosti a pocitům nekompetence stojí – kromě výše zmiňované nezdolnosti – tzv. *dispoziční optimismus* dle Scheiera a Carvera

jak uvádí Křivohlavý (2001, s.76). Dotazníkem LOT – Life Orientation Test (Test životní orientace) zjistili, že studenti VŠ, kteří dosahovali vyšších hodnot v dotazníku, byli při zkouškách v menším napětí a zároveň vykazovali méně negativních zdravotních příznaků, a při testování WCI (Ways of Coping Inventory) vykazovali více strategií zaměřených na řešení problému než strategií zvládání emocí nebo úniku než studenti s nízkými skóry v LOT. Tento faktor nazvali *dispozičním optimismem* a považují jej za osobnostní charakteristiku. Zimmerman (1990) hovoří o *naučeném stavu naděje* (learned hopefulness): myslí tím, že posilující zkušenosti pomáhají naučit se dovednostem a posilují kompetenci, čímž mohou oslabovat oslabující, negativní vliv životních problémů.

Zde můžeme opět připomenout Antonovského příspěvek *sense of coherence* i teorie logoterapeutů, že lidé, kteří mají (žijí) víru, prožívají život jako smysluplný a lépe zvládají těžké životní situace. Rovněž pozitivní sebehodnocení (self-esteem) souvisí se zvládáním těžkostí. Nízké sebehodnocení je často spojeno s úzkostí, pocity insuficience a nekompetence, neurotickým chováním, nižší úrovní asertivity, s nevírou v silný vnitřní locus of control, vede spíše k užívání neproduktivních defenzí aj. Výzkum Řehulkové, Blatného a Osecké (1995) potvrdil, že vysoké sebehodnocení je spojeno s užíváním copingových strategií zaměřených na problém a jeho řešení, naopak nízké sebevědomí je spojené s užíváním strategií vyhýbání se problému.

VI.3. Některé osobnostní determinanty a dispoziční faktory při zvládání zátěže..

Spojování typu chování a osobnosti (temperamentu) můžeme vztahovat již ke Galénovi a Hippokratovi. Do moderní psychologie jej vnesla psychoanalýza rozčleněním vývoje do psychosexuálních stadií a uvažováním o typech charakteru (orální, anální apod.). F. Dunbarová či F.Alexander začali spojovali jisté typy onemocnění s typem osobnosti. Ve druhé polovině 20 – tého století proběhlo množství výzkumů na zjištění vztahu chování a osobnosti, tzv. dispozičního přístupu ke copingu. Je však zcela nemožné se na malém prostoru věnovat teoriím osobnosti. Mezi již klasická pojetí patří Eysenckovo rozdělení, které se často používá pro svou jednoduchost, srozumitelnost a nenáročnost (všeobecně známé rozdělení, kombinující jungovské prvky na ose *extroverze-introverze* s kombinací na ose *labilita - stabilita*). Známé výzkumy na toto téma uskutečnili např. McCrae a Costa či Amirkham et al., u nás zejména Blatný a spolupracovníci (1998,2001,2002). V nich se potvrdilo, že extroverti a stabilní jedinci jsou vnitřně spokojenější a mají vyšší sebehodnocení oproti

introvertům a labilním osobám, tendují k pozitivnímu sebehodnocení, vyhledávají v případě potřeby sociální oporu, zatímco neuroticismus je spojen s negativním sebehodnocením, strategiemi vyhýbání a sebeobviňování. Ve výzkumu chování v zátěžové situaci realizovaném Blatným a Kohoutkem (2002) u studentů gymnázií pomocí Tobinova inventáře strategií zvládání se prokázalo, že z osobnostních charakteristik hraje roli ve výběru copingových strategií pouze neuroticismus (je spojen s vyjadřováním zejm. negativních emocí a únikem do fantazie), zatímco extroverze je spíš faktor v pozadí, jehož vliv je zprostředkovaný.

Výzkum Blatného a Osecké (1998) u studentů sociologie a psychologie se snažil zjistit vztah mezi copingovými strategiemi, sebehodnocením a životní spokojeností. Zjistili, že osoby s vysokým sebehodnocením jsou extrovertované, neneurotické a dominantní, preferují dvě příklonové strategie: řešení problému a kognitivní restrukturuaci a nepoužívají strategie odklonové, zatímco osoby s vysokým neuroticismem mají nízké sebehodnocení a jsou méně spokojeni se svým životem, užívají spíše odklonové strategie a únik do fantazie.

Jiné, hojně citované a užívané rozdělení, zejména v psychosomatickém lékařství, je dělení dle Friedmana a Rosenmana či případně Eysencka a Grossarth-Maticeka, které uvádí Baštecká a Goldman 2001, Šolcová a Kebza 1998, Křivohlavý 2001 aj) a věnuje se typům chování (u některých autorů se uvádí přímo typ osobnosti):

1)A-typ chování. Společným rysem je tzv. komplex nadměrné aktivity (action emotion complex), spojený s orientací na výkon, urputností, soutěživostí. Osobnostními znaky jsou vysoká rivalita až hostilita, agresivita, závist, neumí odkládat uspokojení, za nezdar připisují vinu jiným. Z onemocnění je signifikantní výskyt kardiovaskulárních potíží a aterosklerózy.

2)B-typ chování. Je protikladem chování typu a osobnosti A. Výkonnost není cílem či smyslem, umí odpočívat a prožívat situace, mají širokou paletu i nevýkonových zájmů, celkově je považován za komponovanější (a proto také méně popisován v literatuře).

3)C-typ chování. Tento typ byl „objeven“ později při práci s onkologickými pacienty, u nichž byly zjištěny společné charakteristiky: dobrá kooperace s druhými, altruističtí, přátelští, nemají vysoké nároky, chovají mimořádnou úctu k autoritám a nedostávají se s nimi často do konfliktů. To je zároveň i jejich stinnou stránkou: potlačují negativní emoce, zejména agrese a hostilitu, vyskytuje se u nich více pocitů bezmoci, beznaděje, nezatažují druhé svými požadavky, snášejí bolest, bez boje často vzdávají, více inhibovány pocitu viny. Zdá se, že se

u nich více objevují onemocnění – selhání – imunitního systému, ovšem korelace s národovými onemocněními (paradoxně) nebyla prokázána.

4)D-typ chování. Odpovídá tzv. osobnosti typu D, „depresivní osobnosti“, a je spojen s osobami více nastavenými na prožívání ztráty, v anamnéze je často citová deprivace, sociální izolace, dysfunkční rodinné prostředí.

Dá se říci, že lidé s chováním typu A a C mají často problematické copingové styly a strategie a je pro ně vhodné osvojit si přiměřenější, méně zatěžující styly zvládnutí. Toto rozlišení jsme uvedli spíše jen pro úplnost v rámci popisu dispozičního copingu: jeho prokazatelnost je problematická a námětem mnoho sporů.

Zcela jiným, psychodynamicky a z empirických poznatků orientovaným pohledem na osobnostní charakteristiky terapeutů je kvalitativní vyhodnocení klinické zkušenosti E. Fordem (1963). Po dobu 15 let vyhodnocoval údaje a charakteristiky začínajících lékařů v psychiatrii a psychoterapii (25) a jiných lékařských oborech (50). Typické pro lékaře, kteří si vybrali dráhu psychiatra a psychoterapeuta byla centrální úloha jejich matek v původních rodinách, ať už v dominantní či submisivní podobě. Otcové však byli pasivní, málo interagující, málo přinášející síly a jistoty do prostoru rodiny i z hlediska dobrého maskulinního vzoru.

Přístupy z pohledu osobnostních dispozic jsou natolik rozsáhlé, že zde pochopitelně nemůžeme uveřejnit ani jejich stručný přehled. Literatura k tomuto tématu je rozsáhlá a dobře dostupná.

VII. PŘÍSPĚVKY PSYCHOANALYTICKÝCH TEORIÍ.

VII.1. Bazální důvěra, holding a teorie attachmentu

V psychodynamických psychoterapiích se, mluvíme-li o (problematickém) sebeocenění a sebedůvěře hovoří o problematice narcistické nerovnováhy, přísného Superega a vysokého Egoideálu. V této kombinaci dotýčný nemůže dojít dobrého pocitu ze sebe sama, neboť vůči vysoce postavenému Egoideálu vždy selhává a je za toto své selhávání či nedokonalost trestán svým přísným Nadjá. Naopak lidé s vysokou mírou stabilního sebehodnocení (se zdravým narcismem) jsou aktivní, kreativní, zvědaví, v mnohém spokojenější, s menší intenzitou vnitřních konfliktů či jejich uspokojivějším řešením. O míře a způsobu sebehodnocení a sebedůvěry se rozhoduje již v dětství, podle psychoanalytiků – teoretiků attachmentu – v dyadické vazbě kojence s matkou a tento přínos je dnes již obecně přijímán. Attachment je biologické, evoluční etiologie (a doložen K. Lorenzem pozorováním housat K. Lorenzem či H.F. Harlowem u opic). J. Bowlby na základě svých pozorování interakcí novorozenců a matek popsal model vývoje novorozence a stal se jedním ze zakladatelů teorie *attachmentu* – přimknutí, citové vazby (Bowlby 1969). Tuto teorii podpořila mnoha výzkumy jeho spolupracovnice M. Ainsworthová (1978). Jejich empirické studie a výzkumy přinesly nový pohled na raný vývoj jedince v dyadickém vztahu s matkou a zároveň našli koreláty těchto raných modů i v dospělém věku. S touto teorií jsou také spjaty i koncepty *bazální důvěry* E. Eriksona a *podpůrného prostředí* a *dost dobré matky* D. Winnicotta. V těchto úvahách a výzkumech analytiků druhé poloviny 20-tého století se badatelským zájem přesouvá od zkoumání individuální psyché k zkoumání vztahů a interakcí a spojitostem se sociálním prostředím. Ačkoli bychom našli mnohé další, explicitně zmíníme tři, jejichž příspěvky jsou psychologickou vědou o obecně přijímány a zároveň přímo souvisí se sociálněpsychologickými koncepty sebedůvěry (selfconfidence), sebeocenění (selfesteem), sebeúčinnosti (selfefficacy), sociální opory a nezdolnosti (resilience). V přehledové literatuře je souhrnně pojednává Fonagy a Targetová (2005) či Mitchell a Blacková (1999), u nás podrobně referuje o attachmentu Vavrda (2005), dětský vývoj v tomto duchu popisuje také Říčan (2004).

Bazální důvěra je výsledkem dobré mateřské péče a odpovídá prvnímu, orálnímu stadiu psychosexuálního vývoje (Erikson 2002, 1999 s.36-39). Pro Eriksona jde o „*sociální modalitu braní a udržení objektů, fyzických i psychických*“ (Fonagy a Target 2005, s. 72), a je vyjádřením kvality interakce mezi kojencem a pečující osobou a je základem pro další

interpersonální vzorce daného jedince. Erikson, tak jako Bowlby, začínal u A. Freudové, na rozdíl od Bowlbyho se však věnoval vývoji celého života jedince, nejen do dospívání, a rozdělil jej do osmi etap dle toho, jak se vyrovnává s životními úkoly (1999). Zároveň se věnoval i širším sociálním souvislostem: pozoruhodné jsou kulturně-antropologicko-psychologické studie o životě a kultuře amerických indiánů (2002), kde srovnává vliv kultury, ekonomických a geografických podmínek na typ mateřské péče a její důsledky pro vývoj jedince u prérijních Siouxů, kočujících lovců, a usazených Juroků, živících se rybolovem. Siouxové oceňují sílu, Jurokové ovládání se. Úzkost byla pro Siouxy spojena s zženštilostí, u Juroků se starostí o zásoby. Výchova Juroků byla spojena s omezeními a kontrolou (nebýt sobecký), odstavení od kojení přichází relativně záhy a náhle – u Siouxů naopak matka nosí dítě stále s sebou, ve vaku, i poté, co již může chodit, a stále jej kojí, je mu k dispozici. To podle Eriksona vede k jinému sebepojetí, sebedůvěře a sebeprosazení siouxkých mužů – jsou sebevědomí, projevují se jako tzv. typičtí bojovníci.

Eriksonův soupevník D. Winnicott rovněž pracoval s novorozenci a malými dětmi. Dětský vývoj a jeho kvalita se v jeho pojetí odvíjí od jednoty kojence s matkou, od kvality tohoto vztahu a matčiny schopnosti přiměřeně naplňovat či přiměřeně frustrovat potřeby dítěte. *„Nejvýraznější dopad nemá podle všeho hrubé zacházení ani těžká deprese, ale cosi v kvalitě matčina reagování na dítě, její „péče“ o potřeby dítěte. Ústřední význam nemá pouhé kojení, ale láska, ne uspokojení potřeb, ale matčino reagování na „osobní“ rysy zkušenosti dítěte“* (Mitchell a Blacková, 1999, s.149). Počáteční, nejranější stav dítěte je „neintegrace“ – a další vývoj závisí na tom, jaké prostředí matka vytvoří. *Dostatečně dobrá matka* (tedy ne matka ideální, ale matka dostatečně, přiměřeně reagující na potřeby dítěte) ve svém *primárním mateřském zaujetí* „...vytváří takzvané podpůrné prostředí („holding environment“), čímž Winnicott míní fyzický a psychický prostor, v němž je dítě chráněno, aniž by to vědělo...“ (tamtéž, s.150).

Mikota cituje Winnicottovu „charakteristiku“: *„holding chrání před tělesnou inzultací.... Zahrnuje celou rutinu denní i noční péče...Holding zahrnuje zvláště tělesné držení dítěte, které je jednou z forem lásky....“* (Winnicott 1960, s.49) a analogicky ji nachází ve vztahu terapeuta a klienta: *„Holding“ není jen aktuální „držení“ v prostoru... ale i nabídka času, umožňující vývoj pacientova pocitu „bytí“ (prožitkové subjektivity)....ovšem neslouží jen jako ochranný doprovod analytického procesu. Má i omezující aspekt. Neznamená jen svobodu v prostoru hřiště. Ohraničením a uzavřením tohoto prostoru zajišťuje jeho bezpečnost“* (Mikota 1995, s.96).

Významným příspěvkem pro pochopení nejen raných vztahů matky s dítětem, ale celý další vývoj jedince byly práce Bowlbyho a jeho spolupracovníků. Pro Bowlbyho je přístup k člověku charakterizován tím, že kromě svého biologického základu je člověk bytostí sociální, že své krize a těžkosti zvládá nejlépe s pomocí někoho jiného. Toto své pojetí člověka potvrdil mnoha výzkumy interakcí novorozenců a jejich matek: pro Bowlbyho je potřeba attachmentu součástí naší přirozenosti. – Na základě svých pozorování doložil kojencovu potřebu nepřetržitého a bezpečného přimknutí k matce (srovnejme s Eriksonovou bazální důvěrou a Winnicottovým holdingem). Dítě s nenaplněnou potřebou přimknutí bude *částečně, případně celkově deprivované*. Později, jako reakci na separaci, diskriminoval reakci protest – zoufalství – lhostejnost. Zpočátku dítě na hrozbu separace reaguje protestem (pláč, křik, zlost, hledání rodičů, útky). Asi po týdnů přichází zoufalství (přerušovaný pláč, ustávání aktivity, smutek, stahování se z kontaktu, truchlení) a nakonec lhostejnost (návrat sociability, spojený s tím, že když potká původní pečující osobu, reaguje abnormálně – např. matku nepozná, případně odchází pryč a pláče, lhostejnost se střídá s přimykavým, ulpívavým chováním – Fonagy a Target, 2005, s. 237). Narozdíl od klasického pojetí, kdy matka je důležitá pro to, že je pro dítě uspokojujícím objektem, Bowlby tvrdí, že pouto k matce je instinktivní a primární, ne získané či odvozené (Mitchell 1999, s. 161). Přimknutí je důležité pro přežití – je zdrojem bezpečí, zajištění výživy, poznávání a sociálních interakcí. Důležitým konceptem této teorie je pojem *dostupnosti* jakožto cíle přimknutí, která znamená, že *postava, k níž se dítě přimklo, bude dostupná* (Fonagy a Target, s. 239), a že tato *trvalá dostupnost* (jakožto odezva na dítě) je přesvědčené očekávání dítěte, dané jeho zkušenostmi.

Teorii attachmentu pozoruhodným způsobem dále rozpracovala M. Ainsworthová v mnoha svých výzkumech chování opic v Ugandě a pozorování chování kojenců a matek (1963). Vypracovala *Strange Situation Test* (SST) a diskriminovala jím čtyři typy vzorců chování přimknutí - v neznámých náročných situacích, kdy je dítě opuštěno primárně pečující osobou a ponecháno samo s osobou cizí:

- a) Jisté, bezpečné přimknutí – dítě je s blízkou osobou aktivní a živé, v přítomnosti cizí osoby při odloučení je úzkostné, při návratu pečující osoby vyhledává její kontakt s ní, jsou opět zvědavé
- b) Úzkostně vyhýbavé – děti které nereagují na nepřítomnost blízké osoby tak úzkostně, ale zároveň nevyhledávají její kontakt s ní, nedávají jí přednost před cizími

- c) Úzkostně rezistentní – děti málo zvědavé a hravé, po odloučení sklíčené, pak i vzpurné, nepřizpůsobivé, stále plačící. Ani v přítomnosti pečující osoby se neuklidní
- d) Dezorganizované, dezorientované přimknutí – chovají se zvláště: tleskají rukama, bouchají se do hlavy, chtějí uniknout i v přítomnosti pečující osoby

M. Mainová, žákyně A. Ainsworthové, vyvinula Adult Attachment Interview (AAI), nástroj mapující stav mysli v okamžiku, kdy dospělý vzpomíná na své rané, attachmentové zkušenosti (*state of mind with respect to attachment*), je obdobou SST a vykazuje s ním vysoké korelace. Posuzuje se v něm koherence sdělení, absence vzpomínek, pasivity, nezvládnuté afekty, idealizace či devalvace rodičů...) a rozlišuje čtyři stavy mysli (Siegel 1999, Vavrda 2005, s.64-71):

- A) bezpečný stav mysli – jde o autonomní jedince, kteří mají dobrý přístup k vzpomínkám, neidealizují ani nedevalvují rodiče, přijímají jejich chyby, umí ocenit
- B) zaujatý stav mysli – jedincovi popisy obsahují prvky strachu, pasivity, reagují dle svého nastavení, zároveň se vyskytuje silný strach ze ztráty, zaujetí křivdou, devalvování
- C) opomíjející stav mysli – typická je neschopnost si vybavit vzpomínky na dětství, resp. podat charakteristiky svých vztahů v dětství, poskytuje pouze jakási obecná tvrzení, nevnímání či nediskriminování emocí svých či vztahových osob, případně snižují, opomíjejí význam raných vztahů
- D) nevyřešený, dezorganizovaný stav mysli – při dotazech na ztrátu se objevuje zmatenost, i časové údaje neodpovídají, neodklonitelně se mohou zabývat nevýznamným detailem, kognitivní zmatenost.

Výzkumy A. Sladeové pomocí Adult Attachment Interview (AAI) u dospělých osob vedly k zjištění, že autonomní matky mají konzistentní vztah k dítěti, mají z něj větší radost a potěšení než matky negující a zahlcené (Fonagy a Target 2005, s.244). Jak uvádí Vavrda (2005), poznatky v oblasti attachmentu mají také přímé implikace pro psychoterapeuty: Dozierová výzkumně prokázala, že typ attachmentových strategií terapeutů určuje i způsob jejich reagování v terapii. Terapeuti, kteří mají úzkostný typ vazby, reagují na klienty spíše s maximalizační strategií, zatímco terapeuti s bezpečnou vazbou mají strategii spíš

minimalizační. „Mohli bychom s trochou nadsázky říci, že terapeuti s nejistou vazbou jsou klienty s minimalizační strategií „málo oslovování“, a vnitřně jistým způsobem rezignují, zatímco klienti s maximalizační strategií je „oslovují“, nutí k reagování.... Terapeuti s bezpečnou vazbou neragují komplementárním způsobem (stažením se), takže nerezignují při práci s klienty, kteří „nemají co říkat“. Poskytují tak novou zkušenost... Jsou schopni nenechat se odradit projevy jedinců s opomíjejícím stavem mysli....“ (Vavřda 2005,s.51-52).

O významu typu raných vazeb a interakcí dítěte s matkou na další vývoj jedince a jeho individuaci není pochyb. Dá se předpokládat, že i pro terapeuty je typ jejich attachmentu důležitým precipitujícím faktorem, který ovlivňuje způsoby prožívání a zvládání zátěžových situací a je potřeba je nadále zkoumat.

VIII. ZVLÁDÁNÍ NEZDARU JAKO OTÁZKA SMYSLU.

VIII.1. Víra, existencialita a coping

Zvládání zátěže jako otázka smysluplnosti života je zcela přirozená, zásadní a přitom opomíjená. Pravděpodobně právě proto, že zátěž a její důsledky byly od novověku pojmány spíše medicínsky, než ve svém totálním celku. (Výstižné rozčlenění vývoje pojetí bolesti či duševního strádání podává Entralgo (1995) v práci *Nemoc a hřích*. Rozlišuje 6 etap vývoje pojetí duševní nemoci: archaické období, řecký naturalismus, Galénos a helénismus, období výkladu a smyslu skrze křesťanskou teologii, období evropského lékařství a antropologické pojetí (reprezentované S. Freudem).

S rozvojem industriální civilizace a modernity, nového stylu života a evropských věd, odvozených z karteziánského pojetí světa, se ztratil původní smysl nemoci a byl nahrazen pragmatickým vědeckým kauzálním výkladem, opomíjejícím otázky osobního i transcendentního významu a smyslu. Přitom i laikovi je jasné, že vnímat a prožívat smysl vlastního života je zcela zásadní, bytostná otázka života jedince. Život sám je ta největší zátěž a individuální prožitek smysluplnosti vlastního života ji umožňuje zvládat až do konce, až k smrti. Ať již prostřednictvím víry, či jinými systémy přesvědčení. Tuto skutečnost zmiňuje i Lazarus s Folkmanovou (1984, s.80): „*životní přesvědčení (existential beliefs) umožňují lidem utvářet smysl a zachovat si naději v těžkých situacích*“.

V mimořádných situacích, ať už zpracováno výzkumy, žitou zkušeností či historickými odkazy k životům hrdinů či světců můžeme vidět, jak prožitek smyslu pomáhá překonávat zátěž. Bylo by nošením dříví do lesa zmiňovat, že po celou dobu lidské historie (tak jak se dochovala do dnešní doby v nálezech archeologů, umění, kosmogoniích, mýtech a filosofii) je život člověka nemyslitelný bez jeho duchovní, spirituální dimenze. Víra náboženská – později nahrazená vírou v pokrok, vědu, sekularizací a redukcí víry do různých ideologií apod. - hrála od počátku zcela zásadní význam v životě jedince.

V novověkém psychologickém zkoumání se otázkám víry věnoval jako jeden z prvních americký psycholog G. Allport (1967). Rozdělil víru, resp. náboženskost na:

- a) intrinsickou (zvnitřněnou) – ta, která vychází z hloubi nitra člověka, z jeho bytostné podstaty a vyjadřuje ji, podle které také žije, „*je mu finálním dobrem, ze kterého čerpá motivaci i smysl svého života... převažuje altruistická orientovanost na jiné osoby a lidstvo jako celek*“ (Kolaříková 1996, s.12)

b) extrinsickou (vnějškovou) – náboženství a víra je něco, co mu přináší „něco sobě prospěšného, jeho zdroj osobního bezpečí a útěchy v životních nesnázích.... Náboženství mu však není hlavním životním motivem, hlavní hodnotou, neintegruje ho do svého způsobu života, přikládá mu úlohu pouze instrumentální“ (tamtéž). Má vnější formu víry, je však spíše spojena se společenskými motivy a formální tradicí či se „zisky“, které může přinést. Obě tyto dimenze samy o sobě jsou však poměrně vzácné, jde spíše o otázku míry.

Zde je třeba uvést, že Kolaříková mluví u Allportova rozdělení o náboženství, Křivohlavý 2001 o víře. Jiné rozdělení uvádí Fromm, když hovoří o autoritářském a humanistickém typu religiozity, o „mít“ víru a „být“ ve víře, a v knize Psychoanalýza a náboženství (2003) charakterizuje lidskou potřebu věřit v transcendentní hodnoty jako bytostnou součást lidské existence. Říčan (2006) uvádí Pargamentovo (1999) rozlišení na spiritualitu jakožto hledání posvátna, klíčovou dimenzi náboženství, a náboženství, které je širším pojmem a patří k němu další aktivity, jako účast na bohoslužbách, sakrální umění, kněžské povolání apod. Domníváme se, že významově přílehavější je označení „víra“, které je spojeno s vnitřní spiritualitou, oproti náboženskému vyznání.

Je však nutno vzít v úvahu, že psycholog nezkoumá Boha, neb jak říká A. Vergote (1966 – dle Kolaříková 1996, s.6), v psychologii náboženství je třeba metodologické vyloučení transcendentna: „*Psychologse nemá zabývat Bohem jako zkoumatelným jevem, není ostatně žádná empirická metoda, která by takové zkoumání umožňovala. Předmětem pozornosti psychologie může být jen to, jak se lidé vzhledem k náboženství chovají.....reflektují*“.

Výzkum v oblasti zvládání životních nesnází, resp. copingu, ve spojitosti s vírou hojně zkoumal americký psycholog K. Pargament (Pargament a kol. 1988, 1990) a rozlišil na základě rozhovorů a literatury 3 copingové styly:

- 1) spolupráce – jedinec ve své aktivitě počítá s pomocí a přízní Boží
- 2) pokora – jedinec je spíše pasivní, možnosti řešení situací přenechává, připisuje taktéž Bohu zodpovědnost za svůj život a jeho důsledky
- 3) sebeřízení – „jedinec uplatňuje funkčně efektivní personální postoj a prožívá přitom pocit svobody, kterou mu Bůh dopřává“ Odpovědnost je jak na jedinci, tak Bohu. Jde o styl typický pro židovskou či křesťanskou tradici: zodpovědnost za svůj život a konání nese (před

druhými, světem a Bohem) jedinec sám (podrobněji rozvádí Kolaříková 1996, Stříženec 1994).

Ve své studii z r.1990 podává Pargament svůj model zvládání a religiozity (Stříženec, 1994, s.40-41) a rozlišuje kategorie : interpersonální, duchovní, kognitivní, emoční, behaviorální, sociální, únikové, pasivní a spolupracující. Náboženská víra dle něj : a) přispívá k procesu zvládání; b)může být i výsledkem procesu zvládání.

Křivohlavý (2001, s.159) uvádí další Pargamentovi výzkumy (1997), ve kterých se věnoval těm copingovým stylům, které nemocným pomáhaly zvládat stres z nemoci. Z 586 pacientů ve výzkumu 78% uvedlo, že víra jim byla oporou a zdrojem síly. Při bližším zjišťování uváděli pacienti jistý nadhled nad svou situací. Zjistil, že věřící lidé méně často používali strategie vyhnutí se konfrontaci se svými potížemi (pokud za ni nebudeme považovat víru samu) a současně že jsou v relativně lepším emočním rozpoložení. Věřící lidé dle mnoha výzkumů žijí déle, mají menší sklony k suicidii, a také méně propadají závislosti na drogách, cigaretách a alkoholu, je u nich větší spokojenost v manželství, méně jsou depresivní a úzkostní (platí pro zvnitřněnou náboženskost). Zároveň se zjistila kladná korelace mezi autoritářstvím a náboženským konzervativismem.

Zajímavé výsledky přinesl výzkum Poloma a Pendltona z r. 1990 (dle Stříženec, 1994, s.44), kteří zkoumali vztah religiozity a kvality života. Dospěli k závěrům, že víra, religiozita, je důležitější pro subjektivní dobrý pocit ze života víc než věk, pohlaví nebo rasa, a že je stejně důležitá jako výchova, socioekonomický status a sociální aktivita a že „náboženské uspokojení (zejména cítění „blízkosti“ Boha) je nejsilnějším prediktorem existenciálního dobrého cítění se.“

Mnoho studií na téma víry a copingu provedl H.K. Koenig (referuje o nich Křivohlavý, 2001). Ve studii z r. 1999, v níž zjišťoval životní spokojenost u 863 lidí starších 75 let objevil že lidé věřící a víru praktikující dosáhli vyšších hodnot životní spokojenosti než ateisté. V dalším výzkumu, provedeném na souboru téměř 4000 lidí zjistil, že mezi lidmi, praktikujícími víru je 90 krát méně kuřáků než už ateistů.

Koenig (1999) taktéž popisuje metodu RCI (Religious Complex Index), kterou použil ke zjišťování strategií zvládání stresu. Ta má tři části: v první je pacient dotazován na vše, co mu dle jeho mínění pomohlo při léčbě. V druhé části má sám ohodnotit na škále jak moc mu víra pomohla při zvládání nemoci, s níž se léčil. Třetí částí je rozhovor psychologa s pacientem o

jeho náboženském životě. Na úplný konec psycholog na 10-ti stupňové škále ohodnotí jím odhadovanou míru intrinsické víry pacienta. – Koenig zjistil, že v první části při zvládání zátěže spojené s nemocí uvedlo 42% starších pacientů křesťanskou víru, u mladších to bylo 24%. V druhé části 90% uvedlo, že jim víra pomohla „alespoň trochu“, u 70% pomohla „výrazně“. V části třetí byla polovina mladších a dvě třetiny starších pacientů hodnocena jako lidé s intrinsickou vírou. V jiném výzkumu (Koenig a kol, 1992) metodou RCI doložil u mužů se závažnými somatickými potížemi, že čím vyšší je míra intrinsické víry, tím nižší je stupeň deprese. Podobné výsledky prokázaly i jeho výzkumy pro oblast víry a hypertenze či kardiovaskulární onemocnění a biologické imunity.

Náboženství či víra může být tedy součástí procesu zvládání či jeho výsledkem, jak již poukázal Pargament. Náboženství a víra ve své zvnitřněné dimenzi přináší jedinci či danému společenství zdroj síly i strategii zvládání běžných i mimořádně náročných životních situací, vezmeme-li v potaz prožitkovou a transcendingící sílu meditace a meditace, zážitek sociální opory, sdílení, solidarity a společenství, snížení pocitu osamělosti, nárazník proti stresu, prožívanou smysluplnost a dobrý pocit ze života.

Problematikou smyslu se mezi respektovanými psychoterapeutickými směry explicitně zabývá daseinsanalýza, a to zejména v podání jejich hlavních představitelů, L. von Binswanger a M. Bosse, existenciální analýza s logoterapií, jejímž zakladatelem je V. Frankl a následovníci A. Laengle a E. Lucasová, a existenciálně-interpersonální psychoterapie E. Fromma (2001, 2003), R. Maye (2007) a I. Yalom (2006). Existuje relativně velké množství autorů, spadajících pod pojem existenciální, případně také humanistické psychoterapie (Maslow, Perls aj). Rovněž lze existenciální psychoterapii rozdělit na větev americkou (kam patří i mnozí (původně) psychoanalytici, např. E. Fromm, R. May, I. Yalom...) či evropskou (C.F. von Weizsäcker, K. Jaspers, L. Binswanger, M. Boss, V. Frankl...).

U nás otázku smyslu, víry a náboženskosti z pohledu psychologie a ve spojitosti s ní teoreticky ponejvíce rozpracovávali Říčan (2002, 2006), v oblasti popularizace psychologických poznatků Krivohlavý (2001, 1995). V oblasti psychodiagnostiky a psychoterapie – zejm. logoterapie je to zejm. Balcar (ESK a Logo-Test), na Slovensku Stríženec (1994, 2001) a Halama (2000, 2010)) v oblasti logoterapie či obecného a eklektického přístupu, Růžička, Čálek a Horák v oblasti daseinsanalýzy se věnují ponejvíce skupinovému a komunitnímu způsobu práce.

V této oblasti psychoterapie se objevuje terminologická různost: např. Kratochvíl v *Základech psychoterapie* z r. 1987 zařazuje logoterapii do tzv. antropologické, filosofie existence ovlivněné psychoterapie spolu s humanistickou psychoterapií, daseinsanalýzou a tvarovou terapií. V *Psychoterapii a reedukácii* (1989) zařazuje do existenciální a humanistické psychoterapie daseinsanalýzu, logoterapii, rogersovskou psychoterapii a tvarovou terapii, v další vydání *Základů psychoterapie* (2002) zařazuje logoterapii spolu s daseinsanalýzou a humanistickou psychoterapií do kategorie humanistická a existenciální psychoterapie.

Je nasnadě, že otázce smyslu obecně, natož smyslu života (a smrti) se nemůže vyhnout (snad) žádný psychoterapeutický směr, pokud není brán pouze technokraticky. Imanentní součástí (snad) každé psychoterapie právě existencialita a psychoterapeuti jsou v širokém slova smyslu existencialisté zabývající se způsobem bytí jedince v tomto světě, v naší práci se zaměříme na ty směry a jejich představitele, které (a kteří) poskytují v tomto směru teoretickou a praktickou přípravu..

Tyto směry v zásadě uznávají koncept obranných mechanismů, byť v pozměněné formě. Přesto lze říci, že za obranné mechanismy považují za způsoby zvládání nároků života jedince. Liší se však ve svých filosofických východiscích a pohledu na život sám, bytí člověka ve světě. To, co je odlišuje od psychoanalýzy (a právě mnozí z nich jako psychoanalytici začínali) a co mají mezi sebou společné, je pojetí člověka a jeho bytí ve světě (Serban, 1967). Je-li pro Freuda člověk determinován svým biologickým základem, pudovými touhami, a nevědomými procesy, pro existencialisty je to naopak svoboda uskutečňovat a naplňovat svůj život a své potenciality. Krátce tedy zmíníme některé typické charakteristiky těchto směrů.

VIII.2. Logoterapie a existenciální analýza

Pro Frankla, zakladatele tzv. 3. vídeňské školy - po Freudově psychoanalýze a Adlerově individuální psychologii, je vůle ke smyslu základním motivačním principem, který člověka vede k uskutečňování života a naplňování smyslu (1994,1995). Smysl není přidanou hodnotou, ale tím, co člověku otvírá svět. Lidská existence je jednotou a propojením dimenze fyzické, psychické a spirituální. Frankl postuluje 2 zákony dimenzionální ontologie (Frankl, tamtéž):

- 1) Táž věc, promítnutá ze své dimenze do různých dimenzí nižších se promítá tak, že si tato zobrazení navzájem odporují, jsou neslučitelná
- 2) Různé věci, promítnuté ze své dimenze do jedné a téže dimenze, která je nižší než jejich vlastní, se zobrazí totožným způsobem. – To znamená, že projekce člověk do biologické roviny dává fenomény biologické (např. sexualita, pudovost), projekce do roviny psychologické dává fenomény psychické a sociokulturní

Stojí tak v opozici k názorům badatelů, jako je sociobiolog E.O.Wilson (1993, s.13-14), který tvrdí, že ... *“cíl žádného biologického druhu, náš nevyjímaje, nesahá za imperativy vytvořené jeho genetickou historií....Věřím, že lidská mysl je zkonstruována způsobem, který ji uzavírá do tohoto základního omezení a nutí ji volit na základě čistě biologického mechanismu.”*

Pro Frankla, tak jako i pro všechny existencialisty, není člověk věcí mezi věcmi, myslící hmotou, ale *unitas multiplex*. Sama redukce je ve vědě nezbytná, toho se Frankl nijak nezříká (Vůle ke smyslu 1969, s.104): *Věda má však nejen právo, nýbrž dokonce povinnost dát multidimenzionalitu skutečnosti do závorky.... Redukce je tedy víc než legitimní. Je obligátní. Ale musí (vědec) také vědět, co dělá, musí vědět o zdrojích chyb, kolem nichž má své bádání kormidlovat“.*

Frankl klade důraz na svobodu jedince ne „od“, ale „k“, neboť svoboda není chaosem či svévolnou autonomií, ale je spojena s odpovědností ke světu a druhým. Odpovědnost je vždy spojena se svobodou a z ní vyvěrá. Balcar shrnuje (1989):

1) otázku po smyslu žití neklade člověk životu, ale život jemu

2) úspěšná odpověď na tuto otázku je možná jen tehdy, přijme-li člověk za svůj život odpovědnost

3) tuto odpovědnost uskutečňuje výhradně aktivním a konkrétním počínáním ve světě, a to vůči právě přítomnému člověku nebo situaci (jak říká Levinas: *tvář v tvář druhému*, samotnému bytí).

4) tímto konkrétním přebíráním a naplňováním odpovědnosti ve vlastním životě vyplývá člověku smysl jeho bytí ve světě.

Frankl říká (1994, s.18-20): „*Smysl nemůže být dán, nýbrž musí být nalezen*“, jinak jde o pouhé moralizování. Nedostatek smyslu vede dle Frankla k existenciálnímu vakuu a noogenní neuróze, tedy chybění smyslu.

Základními předpoklady copingu, dopingovými zdroji v logoterapeutickém smyslu jsou pak tři základní pilíře: *svobodná vůle, vůle ke smyslu a životní smysl*.

Cestou k prožívání a naplňování smyslu a jeho naplňování je prožívání a realizace hodnot, což je jeden z axiomů Frankova učení. Pro Frankla jsou cestou ke smyslu hodnoty a jejich následování či realizace. Dle něj je psychoanalýza založena na vůli ke slasti, individuální psychologie Adlerova pak na vůli k moci. Jejich následováním se však člověk vzdaluje svému autentickému bytí. Nic proti slasti, ale člověk musí mít „*důvod ke slasti*“, nestačí sama touha: *šťěstí může být do-cíleno, ale nemůže být na ně za-cíleno*.

Šťěstí a slast je pouhým vedlejším projevem či účinkem lásky. Pro Frankla je základní existenciální potřebou člověka potřeba smyslu v životě. Ani smyslu se nedá, tak jako slasti či štěstí, dosahovat přímo – nedá se naučit, nařídit či vymyslet. Smysl se dostavuje přirozeně s tím, jak člověk uskutečňuje ve svém životě hodnoty (Frankl používá termín „objektivní hodnoty“) a to v konkrétních životních situacích. V člověku je přirozené napětí mezi tím, čím aktuálně je, a tím čím cítí, že by se chtěl stát. To je podstatou *noodynamiky*- touhy po smyslu v životě. Frankl vyvozuje 3 druhy hodnot: tvůrčí – to, co člověk vytváří aktivně a dává světu; zážitkové – to, co získává, přijímá a prožívá, tedy i láska, a hodnoty postojové – to co nelze změnit, co je „osudově dáno“, jako např. utrpení.

Avšak i vůči utrpení a tomu, co nelze změnit, lze zaujmout aktivní, zodpovědný a statečný postoj (osobně si vzpomínám na Franklovu přednášku v Brně, kde hovořil o zážitku z koncentračního tábora, kde děti z Terezína, když v Osvětimi kráčely do plynových komor, zpívali československou hymnu. „*I když není možnost proměnit tragedii v triumf, stále ještě zbývá jedna možnost. A to je to, o co jde*“, uzavřel Frankl přednášku). Zde, na tématu postojových hodnot, se Frankl setkává s jiným existencialistou, psychoanalytikem R. Mayem,

který říká: „Svobodu a vůli netvoří odmítnutí determinismu, nýbrž náš vztah k němu. „Svoboda“, píše Spinoza, „je poznaná nutnost“. Člověk se vyznačuje schopností poznat, že je determinován, a zvolit si vztah k tomu, co ho determinuje“ (May 2007, s.274). I když to není explicitně zmíněno, nacházíme zde implicitní odkaz ke copingovým zdrojům a strategiím.

Frankl sám definuje existenciální analýzu a logoterapii ne zcela nedůsledně. Existenciální analýzu představuje dvojím způsobem: buď jako filosoficko-antropologický základ logoterapie, nebo jako analýzu (existence) konkrétního člověka. Logoterapii představuje jako na smysl orientovaný psychotherapeutický či poradenský přístup. Balcar (dle Vymětal 2004, s. 255) charakterizuje existenciální analýzu jako pohled na člověka „zevnitř“, jakožto na existenci hledající smysl, zatímco logoterapie je spíše terapeutický přístup „zvenčí“, z hlediska hodnot, jejichž realizací činí člověk svůj život smysluplným a hodnotným. Jinak řečeno, logoterapie „je léčbou směřující k člověku od objektivních hodnot duchovního světa svobody a zodpovědnosti“, je cestou praktické pomoci, lékařskou péčí o duši, opírající se o existenciální analýzu, která „je poznávání člověka v jeho subjektivním směřování k zhodnocení vlastního života“ (Balcar, 1989).

Své pojetí psychoterapie odlišuje Frankl od jiných humanistických a existenciálních směrů. Např. humanistickou psychologii a „rogeriány“ kritizuje pro jejich příliš utilitární pojetí sebeaktualizace, která je orientována jen na sebe, svůj vlastní život. Oproti těžko srozumitelné a „jazykující“ Bossově *daseinsanalýze* je jeho učení srozumitelné, přehledné a v některých aspektech až kognitivně-behaviorálně návodné. Sám dokonce říká, že jde ještě dále než jiní existencialisté: jde nejen k analýze existence, *dasein*, ale snaží se vést ke smyslu. „Logoterapie jde za *daseinsanalýzu* či...*ontoanalýzu* v tom, že není zaměřena pouze na *ONTOS*, čili bytí, ale také na *LOGOS*, čili smysl“ (Frankl, 1969).

Právě z Frankových vyjádření vyplývá jak přitažlivost jeho učení, tak i jeho nejcitlivější místo: vést ke smyslu je samo o sobě potenciálně velmi problematickou záležitostí. Ve svém pojetí svobody a sebeutváření se blíží v některých bodech svého učení francouzskému filosofovi židovského původu E. Lévinasovi, který (Chalierová, 1992, s.18) říká: „Smysl jedinečnosti každého lidského Já nespočívá v tom, že se samo potvrzuje, nýbrž v tom, že odpovídá na výzvu, jež zakládá jeho jedinečné Já“. Na druhou stranu, v praktické rovině terapeutické situace užívá logoterapie metody „redukcionalistických“ směrů, tedy dereflexi, paradoxní intenci a modulaci postojů.

VIII.3. Daseinsanalýza

V daseinsanalýze, která propojila mnohé poznatky psychoanalýzy s filosofií M. Heideggera (zejm. v tzv. Zolligenských seminářích), jsou podobná východiska: „*Za nejvyšší hodnotu se zde pokládá naplněná možnost být sám sebou*“ (Čálek, 1994). *Da-sein* znamená doslovně „zde-bytí“, v Patočkově interpretaci „pobyt“, a to „pobyt ve světě“ (*In-der-Welt-Sein*). Jde tedy o analýzu bytí ve světě, lidského bytí, a ne, jak by řekl daseinsanalytik, o karteziánskou analýzu psyché., neboť psyché je konstrukt. Tento postoj není cizí ani psychoanalýze, ani logoterapii. Daseinsanalýza však vychází z jasného filosofického zakotvení, k němuž se hlásí a z něž také poměřuje a hodnotí ostatní směry: z existenciální (jak sami říkají: ek-sistenciální, neb nejde o výskyt, ale o bytí) filosofie „dasein“ M. Heideggera (1996). Dvěma agens daseinsanalýzy se stali L. Binswanger a M. Boss (na srovnání vlivů a vkladů každého z nich pro daseinsanalýzu je tato práce příliš obecná, více in Condrau 1998). Oba dva byli seznámeni s psychoanalýzou, jediným regulérním psychoterapeutickým systémem té doby (Boss byl Freudovým analyzandem), oba byli ovlivněni M. Heideggerem. M. Boss sám (Široký, 2001, s.119) považuje daseinsanalýzu za jakousi reformovanou psychoanalýzu: není pro něj „jiný či psychoanalýze nepřátelský směr či škola“. To je ostatně v souladu s vyjádřením G. Condraua (1998, s.18), Bossova žáka a pokračovatele: „*M.Boss a A. Hicklin přece i daseinsanalýzu popsali jako vědu a terapii a ve smyslu dalšího rozvinutí psychoanalýzy*“. Daseinsanalýza se příliš neliší od psychoanalýzy v oblasti terapeutického postupu, liší se však v oblasti filosofických východisek. Daseinsanalytici (původně často psychoanalytici, oslovení filosofií M. Heideggera) vytykají psychoanalýze její medicínsko-přírodovědné, karteziánské zakotvení a apriorní a biologizující redukcionismus, vytvořili nakonec specifický psychoterapeutický směr, byť v mnohém odvozený od analýzy samé, přejímající mnohé z její metody a techniky, byť pozměněným způsobem (pacient leží na pohovce a volně sděluje své myšlenky, fantazie a přání, pracují – byť v jiném významu – s pojmy přenosu, protipřenosu, , agování apod., přijímají platbu za svou práci atd.). Hlavní odlišnost své práce sami vidí ve fenomenologickém přístupu (být jej zastávají i jiné směry, psychoanalýza, gestalt terapie či rogersovská psychoterapie). „*Tato metoda bezprostředního porozumění umožňuje, aby se daná skutečnost člověku představila ve všech svých významech a odkazovacích souvislostech...*“ (Čálek, 1994, s.12). Zároveň však se D.A. v pojetí některých autorů radikálně a ostře vymezuje proti jiným psychoterapeutickým směrům: „*D.A. proto zásadně odmítá veškeré hypotetické teoretické konstrukce, které nelze bezprostředně vykázat tímto fenomenologickým porozuměním....D.A. proto také odmítá substantiální pojetí*

„psyché“, vědomí a nevědomí, superego, ego a id, ale i „subjektivity“ a osobnosti. Jako ryze vyspekulovanou odmítá i celou psychodynamiku i s její energetikou pudů, schematizovaným pojetím tzv. obranných mechanismů a jejich role....“ (Čálek, 1994, s. 12-13). Právě s odkazem k tomuto citátu není zřejmé, které zdroje a strategie se dle daseinsanalytiků podílejí či umožňují zvládání zátěže. Odpovědí je snad to, že tyto způsoby předává a pacientovi odkrývá jakožto jeho potenciality a možnosti sám terapeut. Jeho úkolem ve výcvikové analýze je dle Condreaux osvojení si takových cílů, jako je náklonnost, odvaha a svoboda (Condreaux, 1998, s.287).

Cílem daseinsanalytické práce je možnost *být sám sebou*. Toto pravé, autentické bytí není bez ohledu na ostatní, ale je vždy spolubytím s druhými. Zatímco Logoterapie a EA užívá metod blízkým kognitivně-behaviorální terapii (*paradoxní intenci, dereflexi a modulaci postojů*) a je ve své praxi více ekletická, daseinsanalýza užívá tzv. *fenomenologickou metodu*: nechává věci být takovým způsobem, aby se vydaly našemu porozumění ve své bezprostřední danosti, aby se představily ve všech svých významech, poukazech a souvislostech, bez apriorního ovlivnění spekulativními konstrukty. Základem a prostředkem terapie je opravdový a autentický vztah mezi klientem a terapeutem (tak jako u všech typů existenciálních terapií), techniky jsou odmítány. Cílem terapie je otevření se možností plného, svobodného bytí, což koresponduje s pojetím lidské existence, cílem lidského bytí, existence, pobytu, je ne „pouhé“ sebeuskutečnění se či vyléčení, ale naplnění vlastního bytí a plné využití svých potencialit.

Neboť daseinsanalytici z hlediska svého filosofického paradigmatu odmítají přírodovědný model v péči o duši a patří mezi zastánce modelu hermeneutického (spolu s jinými analytickými směry), nezabývají se tolik výzkumem (a to ani v oblastech výzkumu kvalitativního, heuristického). Naproti tomu logoterapeuti jsou výzkumně velmi produktivní. Kavenská (2009) prezentuje výzkum, zaměřený na prožívání smyslu života u závislých na alkoholu. Šlo o 62 mužů-alkoholiků, kontrolní skupinou bylo 121 VŠ studentů, použitou metodou Logo test. Zjistila signifikantní rozdíly v naplnění smyslu (u alkoholiků 27,4% vykazuje špatné naplnění smyslu oproti pouhým 3% u běžné populace). Také vývoj během terapie byl významný: po terapii vykázalo 39% sledovaných zlepšení v naplnění smyslem, 13% zhoršení a 48% zůstalo beze změny. Halama (2003) poukazuje na výzkum Newcomba a Harlowa (1986), v němž adolescenti s nižší úrovní prožívání smysluplnosti života měli tendence ve vyšší míře řešit zátěžové situace zneužíváním psychotropních látek. „Existenciální vakuum není příčinou, ale spíš jedním z důsledků špatných podmínek rozvoje osobnosti daného člověka“, říká Halama (tamtéž). Člověk má přirozenou tendenci vytvářet si

uspokojivé vztahy, v nichž realizuje své možnosti, je schopen tvořit, brát i dávat, k tomu však potřebuje dostatečně dobré prostředí (lze srovnávat s Winnicottovými koncepty *holding enviroment* a *good enough mother*). V patologických podmínkách je takový vývoj narušen, biologické ani psychické potřeby nejsou dostatečně saturovány a dítě hledá a nachází náhradní vazby, náhradní zdroje naplnění a zvládnání (od denního snění až po psychoaktivní látky). Popielsky (1994) uvádí pojem „autokreace“ pro proces, kdy hodnoty, ke kterým se vztahujeme, nás zpětně formují a připravují tak půdu pro ještě intenzivnější hodnoty ve zvoleném směru. Zde je jistá podobnost mezi Bandurovou self-efficacy a autoregulací, ovšem Fankl ani daseinsanalytici nepřikládají, zdá se, takový význam jako Bandura kognitivním procesům, ale samotnému bytí ve světě a svobodnému sebeuskutečňování se, rozvrhování se, naplňování smyslu (z druhé strany se dá říci, že Bandura se tolik nezabývá bytím o sobě, ale „vytrženou“ částí - kognitivními procesy).

Šlo by najít paralelu s person-centered approach (PCA, zjednodušeně reogeriáni) a jejich důrazem na svobodu jedince, fenomenologický přístup a zejména konceptem *sebeaktualizující tendence* (*self-actualization*). Poprvé s tímto konceptem přišel Kurt Goldstein, ovšem až A. Maslow a poté C.Rogers mu dali význam, v jakém jej používá dnešní psychologie. Maslow říká (1943, s. 370-396): Sebeaktualizace „*je touha po sebenaplnění, zejména tendence (jedince) aktualizovat své potenciality. Tato tendence může být charakterizována jako touha (jedince) stávat se víc a víc tím, čím jest, stát se vším tím čím je schopen být*“.

VIII.4. Existenciální psychoterapie I. Yaloma

Jako nejvýznamnější a nejucelenější pojetí existenciální psychoterapie vybíráme pojetí I.Yaloma, předního představitelem americké existencialistické tradice. Jako žák a následovník R.Maye či E.Fromma, inspirovaný taktéž Franklem a Heideggerem, dokázal přijatelně, srozumitelně a atraktivně skloubit existencialistickou filosofií s interpersonálním proudem psychoanalýzy a principy humanistické psychologie. Velká část americké psychoanalýzy byla ovlivněna vlnou předválečných emigrantů z fašistického Německa, z nich zejména E. Fromm, K. Horneyová, O. Rank či F.Fromm-Reichmannová ve spojení s americkými kolegy H.S.Sullivanem, C. Thompsonovou či R. Mayem revidovali některé části Freudova učení a přispěli ke vzniku tzv. humanistické či kulturní psychoanalýzy. Nebyla pro ně podstatná Freudova metapsychologie a prioritou sexuality a pudů, ale poukázali na důležitost a význam kultury a společnosti do níž je jedinec vždy již nějak zasazen,

interpersonálních vztahů a svobody v odcizené industriální společnosti při formování psychického vývoje člověka. V r. 1963 vznikl časopis *Journal of Humanistic Psychology* (v jehož redakční radě byl např. R. May, C. Rogers, K. Goldstein, Ch. Buhlerová, A. Maslow, J. Bugenthal a další). V r. 1963 navrhl Bugenthal 5 základních principů (Yalom 2006,s.27):

- 1) *Člověk jakožto člověk je víc než součet svých součástí* (nelze jej pochopit zkoumáním jeho částí). Je, jak říká Frankl, *insummabile*
- 2) *Člověk je bytostí s lidským kontextem* (člověk není izolovanou monádou, žije ve vztazích)
- 3) *Člověk si uvědomuje* (a psychologie tak jako tak nemůže postihnout celý proud jeho myšlení a jeho proměn)
- 4) *Člověk má možnost volby* (a sám tak vytváří svou budoucnost, utváří sám sebe)
- 5) *Člověk směřuje k cíli* (má své hodnoty, smysl a ten odkazuje do budoucnosti)

Yalom se shoduje s jinými existencialisty v tom, že metody empirického výzkumu negují existenciální princip, neb člověk je víc než suma subčástí a přírodovědné metodologie nedokáží zachytit plnost existenciálních významů a rozdělují člověka na subjekt a objekt. Existencialisté však jdou hlouběji a dále, před karteziánský rozštěp na *res extensa* a *res cogitans*: člověk je vědomá bytost, *dasein*, ustanovený objekt (*empirické ego*) a současně i sebeutvářející, *transcendentální ego*. „*Dasein je zároveň tvůrcem smyslu i známou veličinou. Každé Dasein tudíž vytváří svůj vlastní svět: zkoumat všechny bytosti nějakým standardním přístrojem, jako by obývaly stejný objektivní svět, znamená vnášet do svých pozorování obrovskou chybu*“ (Yalom 2006,s.31). Cestou zkoumání je fenomenologická a hermeneutická metoda: bezprostřední pozorování samotných fenomenů a jejich výklad z nich samých. Pro Yaloma jsou klíčovými oblastmi zkoumání fenomény smrti, svobody a odpovědnosti, existenciální osamělosti a životního smyslu.

Přesto se právě Yalom vůbec nevzdává výzkumu a vidí v něm naopak důležitou pomůcku, neboť některé fenomény jsou měřitelné (výskyt, jeho frekvence, intenzita, vlastní záznamy prožitku...). Z hlediska naší práce je důležité Yalomovo shrnutí (2006, s.465) v oblasti významu smyslu pro život a tedy i pro zvládání zátěže, kterou přináší:

- 1) *Absence pocitu životního smyslu souvisí s psychopatologií zhruba lineárně: čím méně je pociťován smysl, tím těžší je patologie.*

2) *Pozitivní pocit životního smyslu souvisí s hluboce zakořeněným náboženským přesvědčením.*

3) *Pozitivní pocit životního smyslu souvisí se sebetranscendentními hodnotami.*

4) *Pozitivní pocit životního smyslu úzce souvisí s členstvím ve skupinách, zapálením pro nějakou věc a s přijetím jasných životních cílů.*

5) *Na smysl života je třeba pohlížet z vývojového hlediska: jeho typy se v průběhu života mění a těmto změnám předchází další vývojové úkoly.*

Yalom, na rozdíl od předchozích zakladatelů (Frankl, Boss) není pro zakládání speciálního směru existenciální psychoterapie, ale dává přednost vzdělávání *všech dynamických psychoterapeutů s dobrým výcvikem zvyšováním jejich citlivosti vůči existenciálním otázkám* (Yalom 2002, s.15).

Yalomovu pojetí lidského existence je velmi blízké pojetí německého protestantského filosofa P. Tillicha, který – v intencích naší práce – vidí zdroje zvládnutí v transcendentalitě každého bytí a stylem zvládnutí je mu *odvaha být*. Ve své stejnojmenné práci (Tillich 2004, s.30-35)) představuje 3 typy existenciální úzkosti spojené s podstatou člověka:

- 1) úzkost před osudem a smrtí jakožto hrozbou nebytí, která je zvládána odvahou a/nebo obrannými mechanismy, které se vytváří mnoha interními a externími, psychologickými a rituálními akty a symboly
- 2) úzkost před prázdnotou a nesmyslností, kterou člověk zvládá tvořivou aktivitou. Člověk je „*oddělen* od toho, na co se ptá, a zároveň na tom *participuje*“ (s.35).
- 3) úzkost před vinou a ztracením. „*K naplnění toho, čím potenciálně je, přispívá člověk každým aktem morálního sebepotvrzení*“ (s.37).

Pro Tillicha platí, že „*odvaha má zjevující moc, odvaha být je klíčem k bytí-samému*“ (s.118). Tillichovo pojetí, být je mimo běžné psychologické uvažování, se dá vyložit i tak, že bytí samo o sobě, život sám jako zátěž je možno zvládat právě prostřednictvím vnitřního, transcendujícího zdroje - *odvahy být*.

IX. NEZDAR JAKO PROBLÉM NA STRANĚ TERAPEUTA.

IX.1. Protipřenos, syndrom pomocníka a burnout

Nezdar je třeba vidět i jako záležitost osobních a osobnostních faktorů na straně terapeuta. Nemusí jít přímo o záměrné chyby: krátkozraký nevidí text ne proto, že dělá něco špatně, ale proto, že má oční vadu – ale pokud si je své oční vady vědom, může jí korigovat, chce-li číst, být v obraze (resp. v informacích) a uchránit sebe i druhé komplikací. Michael Balint, britský psychiatr a psychoanalytik metaforicky hovoří že tak, jako je hlavním nástrojem chirurga skalpel, radiologa rentgen a internisty fonendoskop, u psychoterapeuta je tímto nástrojem on sám. *„To znamená, že se musí snažit, aby byl neustále v dobrém „technickém“ a použitelném stavu.... Znamená to také, že se musí naučit používat sám sebe se stejnou obratností, s jakou požívá chirurg skalpel.....musí se psychoterapeut naučit ovládat s jistotou a lehkostí sám sebe ve všech možných a často dosti složitých situacích. Jedná se o dva naprosto nutné požadavky a pokud jim někdo nevyhovuje, měl by se psychoterapii raději vyhýbat“* (Balint 1999, s.239).

Základním způsobem, jak zlepšit svou psychoterapeutickou kompetenci, je psychoterapeutický výcvik, skládající se z odpovídající teorie, sebezkušenosti (resp. vlastní tréninkové terapie) a supervize vlastní práce. Jeho chybění vede, již z běžné zkušenosti, nejen k nezdarům, které mohou poškozovat klienty, ale často i k poškození vlastnímu. Schmidbauer uvádí celou řadu neuvědomovaných scénářů a nereflektovaných problémů u terapeutů, které zastřešuje pojmem *syndrom pomocníka*.

Yalom (2007) zmiňuje problém na straně klientů, který se však zrovna tak týká terapeutů: primární cíl a sekundární gratifikace. V případě klienta to znamená, že přichází do terapie s určitým vědomým přáním a cílem (vyléčit se, zbavit se příznaků...), ale v průběhu terapie se začne soustředit na zcela jiné momenty a zisky, jako je sebepotvrzení, přijetí, ospravedlnění, uznání, získání vlivu apod. Analogicky terapeut, který má a chce léčit, může začít v průběhu terapie usilovat o analogické zisky. Tuto situaci je třeba posuzovat jak z hlediska terapeutovi vlastní osobnostní problematiky, tak i z hlediska vzájemných interakcí v rámci terapeutického procesu. V tomto propojení pak lze hovořit o protipřenosu.

A. Ellis v textu „Jak zvládnout nejvíce obtížného klienta- sám sebe“ upozorňuje, že jeden z největších problémů jsou terapeutova iracionální přesvědčení a formuluje pět hlavních (Flejšmanová, s.22-23):

- 1) Musí být úspěšní se všemi svými klienty prakticky pořád
- 2) Musí být vynikající terapeuti, jasně lepší než ostatní, které znají nebo o nich slyšeli
- 3) Všichni jejich klienti je musí respektovat a milovat
- 4) Když jako terapeuti dělají to nejlepší a pracují tak tvrdě, jejich klienti by měli pracovat zrovna tak tvrdě, být zodpovědní jako oni, měli by jim pozorně naslouchat a postupně se měnit
- 5) Musí být schopni užívat si terapeutická sezení a využívat je k řešení svých osobních problémů stejně tolik, jako pomáhají svým klientům s jejich obtížemi.

Tato přesvědčení korespondují s iracionálními přesvědčeními, které použila Deutschová ve zmiňovaném výzkumu z r. 1984.

Jestliže jsme výše zmínili, že základním předpokladem zvládnání nezdaru v psychoterapii je vlastní, komplexní výcvik, neříkáme zdánlivě nic nového, naopak. Avšak tento požadavek a předpoklad nebyl ještě před pár desítkami let vůbec tak samozřejmý jako dnes. Stojí za to si připomenout jeho historii, která je spojena s jiným způsobem zvládnání, který nastavila a do psychoterapie vnesla psychoanalýza.

Protipřenos

Pro všechny psychodynamicky orientované psychoterapeuty, ale i mnohé jiné (gestaltterapeuti, daseinsanalytici...) je fenomén protipřenosu nedílnou a základní součástí úvah o terapeutickém vztahu. Hovoříme-li o pocitech a reakcích a jejich zvládnání na straně terapeuta, mluvíme tím vlastně o protipřenosových fenoménech. Domníváme se, že jeho spojení s nezdarem a prožitky terapeuta je natolik nepřehlédnutelné, že je potřeba jej zmínit, a to jak z hlediska přístupu k protipřenosu, tak z hlediska jeho pojetí.

Freud tento svůj objev zaznamenává v r. 1910 a sděluje : *„povšimli jsme si protipřenosu, k němuž dochází u lékaře v důsledku pacientova vlivu na lékaři nevědomé pocity... lékař musí tento protipřenos v sobě rozpoznat a přemoci... a požadujeme proto, aby začal svou vlastní sebeanalýzou a aby ji..... stále prohluboval. Ten, kdo při takové sebeanalýze nedospěje k žádnému výsledku, si může rovnou říci, že nemá schopnost podrobovat pacienta analýze“* (Freud 1997, s.94). Dnes nám tento „objev“ přijde samozřejmý a zcela běžný: každý terapeut musí ve vztahu ke klientovi zvládat své pocity a umět s nimi pracovat. Ovšem ještě rok před

tímto veřejným odhalením píše Freud Jungovi o svých postřezích, názorech a obavách na toto téma. Ve dopisu Jungovi z ledna 1909 na téma jeho vztahu s pacientkou Sabine Spielreinovou (Mitchell 2002, s. 25) píše, že *„takového zážitky, ačkoli jsou bolestné, jsou nezbytné a je obtížné se jim vyhnout. Bez nich nemůžeme skutečně poznat život a to, čím se zabýváme. Já osobně jsem nikdy nebyl tak silně pohlcen něčím podobným, ale mnohokrát jsem tomu měl blízko a unikl jsem jen o vlasek. Jsem přesvědčen o tom, že pouze nekompromisní nutnost mé práce a skutečnost, že jsem by o deset let starší než vy....mne zachránily před podobnými zkušenostmi..... Pomáhají nám vytvořit hroší kůži, již potřebujeme, abychom mohli ovládnout „protipřenos“, což je konec konců náš permanentní problém.....“* V dalším dopisu Jungovi (Mitchell 2002, s.26) sděluje své obavy a nejistoty na toto téma: *„Domnívám se, že je velice nutné napsat článek o „protipřenosu“, samozřejmě, že bychom jej neměli publikovat, ale měli bychom si mezi sebou rozeslat jeho kopie“*. Tento jeho postoj předznamenával mnohoznačný význam protipřenosu a zacházení s ním v psychoterapii. Ještě 100 let po tomto odvážném zveřejnění není pro mnoho terapeutů běžné reflektovat a rozlišovat své pocity (zejména hostilní) vůči pacientovi a zacházet s nimi, ba mnohdy není tato práce (zejména vyjma psychodynamických psychoterapií) systematicky podchycena

Mezi významné první badatele na poli protipřenosu patřil maďarský analytik S. Ferenczi. Freud později (Freud 1998, s.80) píše: *„Ferenczi připojuje ještě cennou poznámku, že pro úspěch má rozhodující význam, jestli se analytik ze svých „omylů a chyb“ dostatečně poučil a dokázal zvládnout „slabé body vlastní osobnosti“*. Z toho vyplývá závažný doplněk k našemu tématu. *Mezi faktory, které ovlivňují vyhlídky psychoanalytické léčby a analýzu ztěžují tímto způsobem jako projevy odporu je nutno řadit nejen uzpůsobení pacientova já, ale i osobní zvláštnosti psychoanalytikovi“*.

Freud klade provokující, pro budoucí vývoj psychoterapie naprosto zásadní dotaz, který si ihned zodpovídá: *“....ale kde a jak má nebohý analytik získat onu ideální způsobilost, kterou bude potřebovat: Odpověď bude znít: ve vlastní analýze, kterou příprava na budoucí povolání začíná...”* (tamtéž). -Toto je zásadním objevem a obratem v historii psychoterapie: terapeut se má nejen věnovat pacientovi a dobrému zvládnutí techniky, metody své práce, ale neméně i tomu, co se v něm samém vůči pacientovi či ve spojitosti s procesem psychoterapie děje. Toto poznání a požadavek vedl k vybudování systému psychoanalytického – a vůbec psychoterapeutického - výcviku a vzdělávání jakožto základního způsobu zvládnání zátěže intenzivní „vztahové“ léčby.

Freud se pochopitelně chtěl vyhnout nezdaru v terapii, a to samozřejmě i nezdaru způsobenému protipřenosem. Definoval proto opakovaně základní principy psychoanalytické léčby, kdy analytika přirovnává k chirurgovi, telefonnímu sluchátku a zrcadlu (Freud 1997, s.313-321): tak jako chirurg by měl dát stranou při své práci všechna hnutí své mysli, i soucit, aby jimi nebyl ovlivněn a mohl kvalitně vykonat zákrok. Neměl by se svěřovat pacientovi se svým životem, měl by zůstat neprůhledný jako zrcadlo, které ukazuje jen obraz objektu, a zároveň jako telefonní sluchátko by měl naslouchat pacientovi a vnímat ho prostřednictvím svého nevědomí jako *přijímajícího orgánu*. Postuluje principy terapeutické neutrality, abstinence a anonymity, čímž rozhodně nemyslí lhůstnost a nezájem o pacienta (ne všechny pocity ke klientovi jsou pro Freuda negativně pojatým protipřenosem), ale nestranění žádné ze stran vnitřního konfliktu, odpíráním si přímých uspokojení v terapii a neodhalováním se v terapii, zachováváním léčebného odstupu, důležitého pro neposilování odporu a udržení tzv. volně rozprostřené pozornosti.

Svým postojem k protipřenosu jakožto nežádoucímu fenomenu psychoanalytické léčby, zrcadlovému obrazu přenosu na straně analytika, předurčil Freud na dlouho dobu – do své smrti – pojetí protipřenosu: ten je chybou, nedostatkem ať již technickým či osobnostním, na straně analytika. Analytik (terapeut) jej má rozpoznat a překonat. Na dlouho dobu tak mezi analytiky a jinými terapeuty převládl vůči protipřenosu až fobický postoj – avšak samo nastavení psychoanalýzy jakožto otevřeného a pravdivého postoje umožnilo, aby se protipřenos stal jedním z nejdůležitějších – a potenciálně i nejzaváděvějších – zdrojů informací o pacientově vnitřním, často neuvědomovaném, psychickém světě.

Revoluční změnu v pojetí protipřenosu (postupně přejatou snad všemi psychoterapeutickými směry, uvažujícími v obdobných intencích) odstartovala analytička P. Heimannová ve svém článku *On Counter-Transference* kde napsala: „*Tvrdím, že analytikova emoční odpověď na pacienta v rámci analytické situace reprezentuje jeden z nejdůležitějších nástrojů pro jeho práci. Analytikův protipřenos je nástrojem zkoumání pacientova nevědomí*“ (1950, s.81). Zároveň s tím však přináší další, logicky vyplývající zásadní změnu: psychoanalýza přestává být, tak jak byla dosud, psychologií jedné osoby, tedy pacienta, ale psychologií dvou osob a jejich vztahu: „*Ale můj dojem je, že nebylo dostatečně zdůrazněno že jde o vztah dvou osob.*“. To, co je dnes běžné a samozřejmé, bylo v r.1950 koperníkovským obratem. Heimannová tvrdí: „*To, co odlišuje tento vztah od jiných není přítomnost pocitů u jednoho z partnerů,*

pacienta, a jejich nepřítomnost u druhého, analytika, ale především stupeň zažívaných pocitů a užitek který přináší“ (tamtéž).

Pojetí protipřenosu se postupně stále více komplikovalo. Původně se měl analytik věnovat pacientovi a jeho potřebám, ne svým. Ukázalo se však, že je nemožné vést striktní hranici mezi těmito dvěma světy a držet pozici tzv. psychologie jedné osoby. Nové pojetí protipřenosu jako totality všech reakcí analytika na pacienta se však ukázalo také zavádějící, neboť ztrácí svou rozlišovací hodnotu. Proto se o protipřenosu mezi psychoanalytiky začalo uvažovat nově, jako o specifickém zdroji informací o odštěpených částech self (Racker), jako o formě a způsobu empatického porozumění a přiblížení k narcistickým osobnostem (Kohut) či výpovědní hodnotě projektivní identifikace (Ogden). Rozdíl mezi projekcí a projektivní identifikací je stručně řečeno v tom, že zatímco projekce je umístění klientových vlastních, nepřijatelných obsahů „na“ analytika (klient říká „jste na mne naštvaný“, ale terapeut to tak nemá), projektivní identifikace je „do“ analytika, stává se tedy součástí protipřenosu (terapeut je skutečně na klienta naštvaný, rozladěný. Avšak pozor – ne každé naštvaní je projektivní identifikace). V tomto pojetí jde o odštěpené části pacientova self, které jsou pro něj samotného neúnosné a on sám je „zvládá“ tak, že je předá do analytika, tak jako dítě předá své nezvladatelné emoce matce. Projektivní identifikace je tak důležitým zdrojem informací o vnitřním světě pacienta – pokud ji ovšem sám terapeut dokáže zvládnout a využít pro proces terapie.

O. Kernberg různá pojetí protipřenosu rozčlenil do dvou sběrných skupin (Kernberg, 1965):

a) klasické pojetí : protipřenos je výrazem neurotických konfliktů či nezpracovaných částí analytikova self, projekcí analytika na pacienta a jeho agování. Je tedy chybou, nežádoucím fenoménem a má být rozpoznán a překonán, nemá v analýze být.

b) totalistické pojetí: zdroj protipřenosu je u pacienta, je odrazem jeho vnitřní reality a je tak důležitým prostředkem pro poznání pacienta, jeho vnitřního světa.

Jiné, strukturovanější rozlišení podává J.Sandler (1994, s.36). Protipřenos byl postupně v historii psychoanalýzy vnímán jako:

- 1) „Odpor“ v analytikovi, které vznikají z aktivace jeho vnitřních konfliktů, ochromují jeho aktivitu, brání mu rozumět.

- 2) „Přenosy“ analytika na pacienta. Pacient tak zastupuje důležitou figuru analytikova dětství
- 3) Porucha komunikace ve vztahu pacienta a analytika, která je vlastně úzkostnou reakcí na typ vztahu mezi analytikem a pacientem
- 4) Osobnostní charakteristiky analytika či souhrn jeho vědomých a nevědomých postojů
- 5) Specifická omezení analytika vzbuzená určitým druhem pacientů a také analytikova specifická reakce na různé typy přenosů
- 6) „Vhodná“ či „normální“ emoční odezva, která může být důležitou terapeutickou pomůckou

Toto rozlišení názorně ukazuje, že pohled na protipřenos není schematický a že může zahrnovat prvky jak negativní a omezující, tak i přínosné, a zároveň může umožnit porozumět klientovu vnitřnímu světu. Stále je třeba mít na paměti že ne vše, co terapeut protipřenosově prožívá, je „způsobeno“ či „vytvořeno“ klientem, a že by sám sebe měl podrobovat stále sebereflexi. Téma protipřenosu je tematem lákavým již od svého „objevu“, což nemění nic na tom, že – Freudem řečeno – nezvládnutý protipřenos může vést až k nezdaru terapie.

Ilustrativním výzkumným příspěvkem k obtížnosti tématu protipřenosu je zmiňovaný Klieneův výzkum (1967) o vyhýbání se reflexi protipřenosu zkušenými supervizory, popřípadě odvážný Winnicottův článek *Hate in the Counter-Transference* (1949). Historicky přehledně toto téma pojednává Saic (2005). Praktickou poznámku na téma vlastních pocitů ke klientovi podává Yalom (2007, s.246); podotýká, že nepřátelské pocity ze strany terapeuta ke klientovi mají často za následek klientův odchod z terapie. Zároveň však zdůrazňuje, že silné emoce u terapeuta jsou často spojeny se zkušeností a osobní zralostí – nakonec se jeho tolerance prohlubuje a stále méně klientů mu skutečně vadí.

Syndrom pomáhajících

Německý psycholog a skupinový analytik (Schmidbauer, 1992, str. 11) přichází s termínem „syndrom pomocníka“, resp. „syndrom pomáhajících“, který je typický v pomáhajících profesích a definuje jej analytickou terminologií. Dle něj člověk, který si vyvolí pomáhající profesi tak často může nevědomě „řešit své rané trauma odmítnutého dítě, svůj hlad po uznání, po empatickém porozumění a po vzájemnosti....“ (analogické vyjádření lze např. nalézt u švýcarské psychoanalytičky A. Millerové v práci *Děství je drama*). Poukazuje ke

statistikám, kde např. počet sebevražd u lékařů (De Sole a kol, 1967) ve věku mezi 25-39 lety byl 26 %, zatímco u průměrného obyvatelstva 9 % . V jiné studii (Vaillant a kol, 1966) bylo při longitudinálním sledování 47 lékařů po dobu 30-ti let zjištěno, že 47% lékařů mělo špatné manželství nebo se rozvedlo, 36% bralo psychofarmaka a/nebo alkohol, 34% se podrobilo nějakým formám psychoterapie a 17% mělo za sebou jeden či více hospitalizací na psychiatrii. Osoba se syndromem pomáhajícího žije rozštěpený život: „*Fasáda říká: „Já nic nepotřebuji, já dávám!“ a dítě říká: „Hladovím a žízním (po zájmu a bezpečí), ale nesmím se opovážit ven.“* (tamtéž, str.17). Jde tedy často ne primárně o depresi, ale narušený, deformovaný vývoj ideálu Já a Nadjá. „*Základní problematikou člověka se syndromem pomáhajícího je sociální fasáda orientovaná na vysoký, strnulý ideál Já. Její fungování je přitom střeženo kritickým, zlým Nadjám. Vlastní slabost a potřebnost pomoci je popírána: člověk se vyhýbá vzájemnosti a intimitě ve vztazích.*“ (tamtéž, str.22). Definuje šest základních znaků syndromu pomáhajícího: odmítané dítě, identifikaci s Nadjám a ideálem Já, chybějící vzájemnost ve vztazích, skrytá narcistická potřebnost, nepřímá agrese a strukturální moc. Syndrom pomáhajícího tak v sobě spojuje osobnostní charakteristiky terapeuta s jejich projevy v profesi a má velmi blízko ke konceptu protipřenosu.

Na vrchol pomyslného žebříčku možného negativního vývoje dává karikaturu psychoterapeuta jako *superpomáhajícího*, kde dokonce další profesionalizace může přispět k posilování a zpevňování obrany skrze pomáhání. – Jako možnost reparace vidí, pochopitelně ke svému psychoterapeuticko-filosofickému zázemí, vlastní terapii jedinců s tímto syndromem, supervizi práce s lidmi v pomáhajících profesích, psychohygienu, ale základem je vůbec schopnost hlubší introspekce a sebeporozumění.

Burnout

Pojem „*burnout*“ (vyhaslost) zavedl do literatury H. Freudenberg v r. 1974, a stal se z něj záhy „hit“, který se rychle ujal. U nás se mu hojně věnoval – zejména v popularizačních pracích - J. Krivohlavý (1998) a v přehledné a široce pojaté studii zejména Kebza s Šolcovou (1998) a výzkumu (2010). Ti také (1998) předkládají obecné charakteristiky. Jde o:

- a) O psychický stav, spojený s prožitkem vyčerpání
- b) Vyskytuje se zejména u pomáhajících profesí
- c) Jde o komplex symptomů v oblasti nejen psychické, ale i fyzické a sociální
- d) Jádrem syndromu je pravděp. emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“, celková únava

e) Všechny hlavní složky syndromu vyvěrají z chronického stresu.

Maslachová a Jacksonová (1986) jej popisují jako stav emočního vyčerpání, zapříčiněný nadměrnou psychickou a emoční zátěží u těch profesionálů, kteří pracují s lidmi, v tzv. pomáhajících profesích (lékaři, psychologové, psychoterapeuti, zdravotní sestry, učitelé, policisté aj.), ale později byl popsán např. i u advokátů, pojišťovacích agentů, či vrcholových sportovců (Kebza, Šolcová 1998).

Burnout jakožto syndrom se diferenciálně-diagnosticky liší od některých onemocnění s podobnými vnějšími projevy, deprese a alexithymie. Na rozdíl od deprese vyhaslost většinou působí na myšlenky, emoce a výkon v profesní oblasti, je tedy selektivní. Zároveň, zejm. od tzv. endogenních depresí, je rozdíl v sklonitelnosti. Pacienti s depresí trpí často autoakuzacemi, vyhaslost je však spojena s agresí, podrážděností vůči okolí. Na rozdíl od alexithymie nebývá tolik propojen s psychosomatickými onemocněními a umožňuje vyjadřování emocí (což je hlavním rozdílem oproti alexithymii). Nejblíže má burnout k únavovému syndromu, není však spojen s pseudohalucinacemi a exhaustivními emocemi. Podobně se může plést s neurastenií, u ní jsou však důležité stavy závratí a emoční rozjitřenost. Diagnosticky je veden v MKN 10 v kategorii Z 73-0.

Stadia vyhaslosti podle Maslachové (Kebza, Šolcová, 1998, s.438) jsou:

- a) Prvotní nadšení a zaujetí pro věc, spojené s déletrvajícím přetěžováním
- b) Částečné psychické a fyzické vyčerpání, které je přehlížené, podceňované
- c) Hlubší vyčerpání bez vyvození důsledků
- d) Totální vyčerpání, negativismus, nezájem, lhostejnost

Tak jako v každé činnosti, snažší a lepší je předcházet problémům, než řešit důsledky. U burnout syndromu jsou důsledky nejen zdravotní a v kvalitě života a vztahů, ale i ekonomické (špatný výkon a nízký výkon, vysoká nemocnost). Na jeho vzniku se podílejí vysokou měrou osobnostní charakteristiky (zejména empatie, senzitivita, obětavost, idealismus, úzkostnost, pedanterismus, identifikace s ideálním sebeobrazem, syndrom pomáhajícího....). Z vnějších okolností jsou to podmínky a kultura práce, psychohygiena aj. Prevencí i léčbou je pak psychoterapie sama či její dílčí složky (relaxace, různé zásady zdravého života) . V hlubším smyslu jde o tzv. ranější problematiku vývoje osobnosti a pojetí smyslu života u daného jedince.

X. ZÁVĚREČNÉ SHRUTÍ.

V předchozím textu jsme předložili problematiku nezdaru v psychoterapii jako mnohostranný a vrstevnatý problém, který lze pojímat z různých pozic:

- 1) Z pozice, kterou do terapie vnáší klient (vážnost a druh jeho problematiky, osobnostní dispozice a charakteristiky, jeho motivace, očekávání a intence)
- 2) Z pozice terapeuta (osobnostní dispozice a charakteristiky, vzdělání a oblast působnosti, leta praxe a zkušenosti, typ či druh psychoterapeutické školy či metody jíž pracuje a s ní souvisící teoretická přesvědčení, pracoviště v němž působí, rozpoložení a zdravotní stav aj.).
- 3) Z hlediska průběhu terapeutického procesu a vzájemných interakcí mezi terapeutem a klientem, dohodnutých cílů či předpokládaných cílů a výsledků terapie.
- 4) Z pozice zkoumání množství a důvodů předčasných a nečekaných odchodů z terapie (*dropouts*), iracionálních očekávání, typu a frekvence chyb, výsledků terapie či přehledových studií. Patří sem i zkoumání výpovědí terapeutů, klientů, supervizorů, kazuistické a empirické práce.
- 5) Z pozice psychologie a psychoterapie jako vědy a jejich teoretických konceptů a výukových modelů. Jde o otázky osobnostních dispozic, copingu, stresu a zátěže, různých pojetí člověka, teorií sociálního učení a psychického vývoje od závislosti k individuaci a separaci, terapeutické práce či samotného smyslu terapie.

Ačkoli je logické předpokládat, tak jako v každém oboru lidské činnosti, že riziku nezdaru a prožitkům nezdaru jsou více vystaveni začínající terapeuti, čemuž je také přizpůsoben i systém vzdělávání a výchovy psychoterapeutů (od pregraduálních oborů přes teorii, sebezkušenostní výcvik a supervizi, až po specializační vzdělávání), jsou potencialitě nezdaru vystaveni všichni psychoterapeuti, jak dokládají některé výše uvedené výzkumy. – Z nich a z ověřené klinické zkušenosti také vyplývají možné zdroje nezdaru. Ty můžeme schematicky rozdělit na:

- 1) Zdroje na straně klienta (vše co vnáší do terapie klient, např. typ problematiky a její závažnost, osobnostních dispozice, motivace apod)
- 2) Zdroje na straně terapeuta (vše co vnáší terapeut, jeho osobnostní dispozice, vzdělání, genderová problematika, burnout aj.)

- 3) Enviromentální vlivy (rodina a příbuzní, vliv třetí strany, společenské podmínky, prostředí v němž se terapie odehrává, vzdělání obou účastníků, jejich socioekonomický statut, aj.)

Na samý závěr teoretické části je třeba zdůraznit, že v této práci a pojetí nezdaru se odráží sama složitost a dvojznačnost psychoterapie samé. Nezdar, resp. prožitek nezdaru, se můžeme pokoušet charakterizovat jak subjektivně, tak i objektivně, ale přesto se s touto dichotomií stále potýkáme a není možné obě roviny od sebe čistě oddělit. To je dáno již samotnou specifitou oboru psychoterapie a jeho zakotvením, které dědí od psychologie. Psychoterapie je totiž na jedné straně vědou hermeneutickou, na straně druhé používá metod přírodovědných. Snaží se o správnost a jistou všeobecnost svých pozorování, závěrů a předpokladů, ale zároveň pracuje s něčím tak neredukovatelným, jako je jednotlivá lidská bytost, její existence a subjektivita, vnitřní prožitkový svět.

EMPIRICKÁ ČÁST

XI. ZÁKLADNÍ OTÁZKY A CÍLE VÝZKUMU.

XI.1. Jak nezdar měřit.

Základní metodologickou otázkou výzkumu bylo: jak nezdar definovat, postihovat a měřit. Problém je i v hledání inspirace - jak Deutschová říká, *existuje pouze hrstka* takových výzkumů. Navíc jsou takovéto výzkumy obtížným metodologickým a etickým problémem: jak získat data o klientech, navíc tehdy, když sami mohli prožívat nezdar a tudíž s jeho zkoumáním nechtějí mít nic společného, jejich výpovědi jsou zkreslené, jsou negativně ovlivněni apod. Navíc, jak podotýkají Howard, Orlinsky a Hill (1969) se během let měnilo pojetí toho, co je správné a co je selhání, co je ještě možné a co je nezdar. Např. v polovině 20. století, u klasických freudiánů, byl vliv pocitů na terapeuta v analytické situaci, protipřenos, pojmán převážně jako nežádoucí a zatěžující obě strany: šlo o nezpracované neurotické stránky terapeuta. Rogeriáni naopak přišli s tím, že vřelé pocity a bezpodmínečné přijetí jsou důležité a pro terapii stěžejní předpoklady. Ještě radikálnější změnu přinesli existencialisté, kteří zdůraznili důležitost terapeutovi otevřenosti, autenticity a vnesli do terapie různé typy emočního encounteru. A to vše v rozmezí 50. až 80. let minulého století.

J.F. Schwartz a kol. (1999, dle Baumgartner 2001, s. 202-203) rozlišil tři způsoby měření podobných jevů, jakými jsou např. zátěž a stres:

- 1) Obecně se ptáme lidí na to, jak zvládají zátěž v té které situaci a vytváříme tak jakýsi inventář
- 2) Respondenti si vybaví určitou zátěžovou situaci, kterou prožili v nedávné době a potom popisují, v jaké míře použili rozličné varianty řešení a zvládání této situace. Tyto varianty se poté interpretují jako obecněji platné
- 3) Respondenti popisují své chování v různých zátěžových situacích. V odpovědích pak sledujeme a vyhodnocujeme intrapersonální a interpersonální variabilitu a získáváme informaci o převládajícím způsobu zvládání zátěže

Nejčastěji se fenomény blízké nezdaru, neúspěchu či selhání operacionálně definují výskytem a frekvencí opakovaných chyb, zjišťováním efektivity léčebné péče (např. prostřednictvím sledování výskytu a intenzity symptomů či stavů) před započatím, v průběhu a po skončení terapie, množstvím předčasných odchodů (*dropout*) z terapie, zjišťováním pocitů terapeutů (i pacientů) či následným katamnestickým sledováním jednotlivých pacientů. Takové výzkumy

vždy narážejí na mnohé nesnáze, zejména na problém reliability a validity výzkumu a etická dilemata (např. otázka kde má výzkumník sehnat dostatečný počet klientů s danou problematikou, ochotných se výzkumu účastnit a ještě být ochotných otevřeně sdělovat své pocity a problémy?). To samé platí i pro druhou stranu: kde najít dostatek ochotných kolegů, kteří si najdou čas a vyplní dotazník, který zabere i hodinu času? Co zaručí jejich otevřenost?).

Při zkoumání prožívaného nezdaru formou dotazníků s použitím kvantitativního přístupu musíme přistoupit k jisté operacionalizaci a tedy i redukci. V našem případě se zabýváme nezdarem jakožto formou emocionální a kognitivní zátěže, kterou terapeut prožívá a způsobem, jakým ji zpracovává, resp. co mu v tom pomáhá: ať již jsou to copingové strategie, obranné mechanismy, mistrovské ovládnutí vlastní profese a sebe sama (skrže hlubší sebeporozumění) jakožto nástroje terapie, prožívání smysluplnosti vlastního života či jiné, v práci uvedené způsoby. Tyto teoretické koncepty budou porovnány s výsledky výzkumu a dále probrány v diskusi.

XI.2. Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem výzkumu bylo pokusit se odpovědět na otázky, co psychoterapeutům pomáhá snášet zátěž a vyrovnávat se se zátěží, kterou vnímaný nezdár přináší jako nedílnou součást jejich profese. V předložené práci se pokoušíme zmapovat, které formy nezdaru psychoterapeuti ve své praxi nejčastěji potkávají, jak je prožívají, mentálně a kognitivně zpracovávají a co jim následně pomáhá se s nimi vyrovnávat. Proces prožívání a zvládání nezdaru tedy schematicky rozčlenujeme do tří po sobě jdoucích etap:

- 1) Etapa spontánně-emotivní: co terapeut v dané situaci cítil, zažíval
- 2) Etapa reflexivně-kognitivní: jak o dané situaci či jevu uvažoval, jak ji vyhodnotil
- 3) Etapa praktického rozhodování: co s danou situací či jevem následně udělal

Aby toto zkoumání nebylo pouze výčtem frekvencí prožitkových fenoménů, spojili jsme námi vytvořený dotazník s Laengleho Škálou ESK, resp. jejími dvěma stupnicemi – Svobody a Odpovědnosti. Předpokládali jsme, že by nám toto spojení mohlo říci více o tom, jaké je osobní, existenciální nastavení daného terapeuta.

Výzkum postupoval dle stanovených hypotéz a výzkumných otázek.

Hlavní výzkumné otázky:

- 1) Které situace psychoterapeuti nejčastěji prožívají jako nezdar jimi poskytované psychoterapie?
- 2) Jakými emocemi na prožitek nezdaru psychoterapeuti nejčastěji reagují?
- 3) Jaké mentální, kognitivní strategie k zvládnutí těchto prožitků nejčastěji užívají?
- 4) Které jsou nejčastější pracovní strategie v dalším průběhu terapie?
- 5) Jaké jsou, dle posouzení psychoterapeutů, důvody nezdaru z vlastní a z klientovy strany?
- 6) Co psychoterapeuti prožili jako významný nezdar ve své vlastní praxi a co jim pomohlo jej zvládnout?

Vedlejší výzkumné otázky:

- 1) Jsou rozdíly v pojetí, prožívání a zvládání nezdaru ovlivňovány: pohlavím, věkem, pregraduálním studiem, praktikovanou psychoterapeutickou metodou, lety praxe a typem klientely?
- 2) Existují významné rozdíly mezi psychoterapeuty ve vnímání odpovědnosti za úspěchy a nezdar poskytované terapie a čím jsou dány? (Jsou ovlivněny pohlavím, věkem, pregraduálním studiem, výcvikem u dané psychoterapeutické školy, lety praxe či typem klientely či počtem výcviků?)
- 3) Ovlivňuje zvládání nezdaru a zátěže hodnotový systém, životní přesvědčení (světový názor) a/nebo víra psychoterapeutů? Jakým způsobem?

Hypotéza

- 1) H1: Mezi psychoterapeutovým prožíváním odpovědnosti za úspěchy a nezdar v poskytované terapii na jedné straně a hodnotami naměřenými na stupnicích Odpovědnosti a Svobody ve Škále ESK na straně druhé existuje vzájemná závislost. Tedy terapeut, který skóruje více ve stupnicích Odpovědnosti prožívá i vyšší míru odpovědnosti (vyjádřené na stupnici 1-10) než terapeut, který více skóruje na stupnici Svobody u Škály ESK.

XI.3. Typ výzkumu, kriteria výběru, metodologie a použité metody

Vzhledem k tomu, že výzkumů na toto téma je u dané skupiny populace málo a v ČR pravděpodobně žádný, zvolili jsme jako typ výzkumu mapující výzkumný projekt popisně zjišťovací (Mikšík, 1986), resp. přehledový průzkum (Srnc, 2006) s kvantitativní metodologií zpracování dat. Zároveň má tento přehledový, mapující projekt i dimenzi korelačního výzkumu – umožňuje sledovat a korelovat proměnné jako je odpovědnost, resp. svoboda našeho dotazníku o nezdaru s výsledky, získanými na stupnicích Odpovědnosti a Svobody škály ESK.

Pro výběr jsme zvolili tři kriteria, které odpovídají praxi poskytování psychoterapie ve zdravotnictví i mimo něj.

- 1) VŠ vzdělání v oblasti pomáhajících profesí (medicína, psychologie, speciální pedagogika, sociální práce, andragogika apod.)
- 2) Absolvovaný či probíhající psychoterapeutický výcvik v uznávaném psychoterapeutickém směru (psychoanalýza, SUR, KBT, PCA, Gestalt, Logoterapie a EA či jiné směry, které získaly akreditaci pro své výcviky (viz webové stránky ČPS)
- 3) Vlastní výkon psychoterapeutické praxe (toto kritérium je ověřeno tím, že jedna z otázek dotazníku zjišťuje, kolik hodin psychoterapeutické praxe týdně daný psychoterapeut poskytuje).

Použitá metodologie

Způsob sběru dat se ukázal jako zásadní. Přestože jsme zpočátku usilovali o reprezentativní soubor, v němž by byly zastoupeny uznávané a Českou psychoterapeutickou společností akreditované směry, nakonec jsme museli uvažovat co nejpragmatičtěji a vyjít z našich možností. Na závěr se jako nejvýtěžnější ukázala metoda *lavinového výběru*, *sněhové*, *sněhové koule*. Původně jsme výzkum zamýšleli jako reprezentativní, prostý náhodný, resp. stratifikovaný pravděpodobnostní výběr. Narazili jsme však na praktické potíže:

- neexistuje reprezentativní aktuální přehled psychoterapeutů ve zdravotnictví a mimo něj. Data z IPVZ i vzdělávacích institutů jsou pochopitelně chráněna.
- některé akreditované psychoterapeutické směry nemají na svých veřejně dostupných seznamech takový počet členů, abychom mohli provést znáhodnění.

- v první fázi korespondenčního oslovení (formou elektronické pošty) velká část psychoterapeutů neodpověděla a proto jsme museli použítou metodologii změnit.

Z praktických důvodů jsme tedy použili metodu *sněhové koule- snowball sampling*. Miovský (2006, s.131-132) ji charakterizuje jako kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru, případně kombinaci záměrného a příležitostného či stratifikovaného výběru. To plně odpovídá naší zkušenosti.. Oslovili jsme tedy ty kolegy, na které byl kontakt z veřejně dostupných zdrojů a zároveň naplňovali naše požadavky. Šlo o terapeuty, uvedené na webových stránkách jednotlivých odborných společností, v internetovém Seznamu psychoterapeutů ČPS a Seznamu supervizoru ČIS. Oslovení potenciálních členů výzkumného souboru proběhlo trojím způsobem:

- a) Písemným oslovením členů společností, které své členy zveřejňují na webu (Česká psychoterapeutická společnost, Český institut pro supervizi, Institut gestalt terapie Praha, Česká společnost KBT)
- b) Osobním předáním dotazníku ve vybraných psychoterapeutických centrech
- c) Předáním a „nabalováním“ na odborných profesních akcích (konference, symposia apod.)

Jako výzkumné metody byly použity 2 dotazníky. První dotazník (nazvali jsme jej *dotazník orientovaný na nezdár*) se soustředí na formy nezdaru, jeho prožívání a strategie jeho zvládnutí a byl sestaven k tomuto účelu. Druhý dotazník je (u nás Balcarem standardizovaná) Laengleho Škála existenciální frustrace (vydalo Testcentrum Praha 2001), resp. dvě její stupnice, Odpovědnost a Svoboda.

Dotazník orientovaný na nezdár

První dotazník jsme konstruovali za pomoci dostupné odborné literatury, vlastních zkušeností a s pomoci konzultací či komentářů některých kolegů, psychoterapeutů, supervizorů a vyučujících psychoterapie. Literatura na toto téma není příliš široká, v Česku téměř žádná. Existují sice dotazníky a inventáře, které se soustředí na stres, coping, burnout či dropout, nebo studie na zkoumání nejčastějších chyb v terapii, ale žádné se nepřekrývaly s naším výzkumným záměrem natolik, aby byly použitelné (více o tom v oddílu Diskuse).

Dotazník je rozdělen do tří částí: v první části (A) jde o sběr kritériálních dat o zkoumané osobě, nezávislých proměnných, které rozhodují o zařazení do výzkumu: věk, pohlaví, dosažené vzdělání, vystudovaný obor, výcvik probíhající a/či zakončený, délka psychoterapeutické praxe, praktikovaný psychoterapeutický směr, převažující psychoterapeutická modalita, typ klientely, typ zařízení, v němž terapeut pracuje, zda pracuje samostatně či jako zaměstnanec a kolik hodin týdně věnuje přímé terapeutické práci. Druhá část (B) dotazníku obsahuje otevřený inventář možných nezdarů, sestavený na základě empiricky orientované literatury a praktických zkušeností. Zde terapeut na škále likertovského typu (1-10) posuzuje jak často se s daným fenoménem setkal a zároveň hodnotí (ano vs. ne) zda daný fenomén považuje za nezdar či ne. Třetí část (C) představuje tři po sobě jdoucí kroky, které tvoří coping: co terapeut v případě prožívaného nezdaru cítí, co si myslí a co následně udělá. Ve všech třech krocích mohl uvádět terapeut jakoukoli odpověď.

Ve čtvrté části (D) terapeut formou polostrukturovaných interview odpovídá na dotaz, kde vidí důvody nezdaru v případě, že odpovědnost za ně připisuje sobě, resp. klientovi. V páté části (E) písemně vypovídá, v jaké míře se cítí odpovědný on a v jaké míře je odpovědný klient za nezdary či úspěchy terapie a číselně to vyjádří na škále. Dále je požádán, aby uvedl svůj významný nezdar a co mu pomohlo jej zvládnout. Na závěr je dotazován, zda svou víru či hodnotový systém považuje za zdroj pomoci při zvládnání nezdarů ve své práci.

Existenciální škála - ESK (Laengle, Orgelová, Kundi)

Filosofickým východiskem a zázemím testu je existenciálněanalytická antropologie V. Frankla a jeho teorie smyslu, logoterapie. Jde o sebesposuzovací dotazník, který měří kompetenci osoby zacházet se sebou a se světem. To lze také označit jako „schopnost člověka k existenci“ (Balcar, 2001, str. 17). Test zobrazuje subjektivní posouzení toho, jak dobře se člověk vyrovnává sám se sebou, světem a životem v něm. V testu se zachycuje, jak člověk svůj život žije a utváří, a jak dalece to sám vnímá jako více či méně správné a dobré, zachycuje v něm *existenciální kvalitu* svého života. Test sám není ani výkonnostní, ani osobnostní zkouškou. Jeho základním konstruktem je *svobodná osoba*. Měří ne na úrovni stavů či rysů, ale na úrovni dění. ESK je plně standardizován, má hierarchickou strukturu a skládá se ze 4 stupnic (Sebeodstup, Sebeopřesah, Svoboda a Odpovědnost), tvořících vždy po dvou faktory vyššího řádu – Personalitu a Existencialitu. V našem výzkumu jsme použili dvě stupnice: stupnici Svobody, kterou tvoří 11 položek, a stupnici Odpovědnosti, tvořenou 13-ti položkami. Svoboda je v pojetí testu charakterizována jako *schopnost rozhodnout se pro*

možnosti podle jejich subjektivního ocenění, Odpovědnost jako schopnost aktivně jednat a nést důsledky. Obě stupnice tvoří společně faktor vyššího řádu: Existencialitu, charakterizovanou jako rozhodnou angažovanost.

XI.4.Vlastní realizace výzkumu. Etické otázky

Při realizaci přehledové, mapující studie jsme postupovali ve třech krocích:

- a) Fáze předvýzkumu. Srozumitelnost a vhodnost výběru položek byla ověřena na malém vzorku 15 psychoterapeutů. Výsledkem předvýzkumu byla úprava několika položek dotazníku orientovaného na nezdar, 10 formulářů bylo použitelných pro zařazení do vlastního výzkumu.
- b) Fáze vlastního zahájení výzkumu.
Vlastní výzkum proběhl ponejvíce převážně v roce 2009. Elektronickou poštou, přímým kontaktem na odborných akcích a přímou návštěvou vybraných psychoterapeutických pracovišť bylo sloveno asi přibližně 300 psychoterapeutů, navrátilo se celkem 93 dotazníků, z toho 90 použitelných pro účely výzkumu. Spolu s 10-ti dotazníky předvýzkumu jsme získali 100 použitelných dotazníků.
- c) Fáze kategorizace dat a jejich statistického vyhodnocení pomocí programu SPSS 17, který umožňuje jejich kvantitativní analýzu prováděním statistických operací na kategorizovaných datech.
- d) Fáze závěrečného zpracování.

Etické otázky výzkumu

Dotazník je anonymní a dobrovolný, v případě elektronického vyplňování byla zaručena anonymita prostřednictvím přeposlání z anonymní virtuální schránky, v případech přímého kontaktu byla využita zapečetěná „urna“. Při statistickém zpracovávání bylo pracováno pouze s anonymizovanými daty a získaná data jsou využita pouze pro výsledky výzkumu, zaměřeného na zvládání nezdaru a prožívání odpovědnosti. Všem účastníkům byla nabídnuta (v dotazníku) možnost kontaktovat zadavatele výzkumu v případě, že by chtěli být seznámeni s výsledky výzkumu.

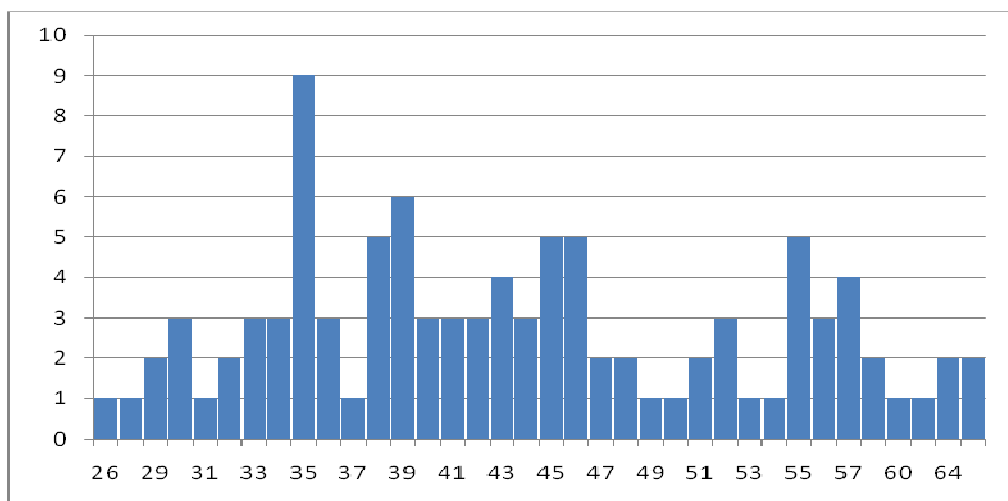
XI.5. Popis souboru

Zkoumaný soubor tvoří profesionálové, kteří poskytují psychoterapii či psychoterapeutické intervence v různých typech zařízení, v různých modalitách (individuální, skupinová, párová, rodinná terapie), s různým typem psychoterapeutického výcviku, uznávaným Českou psychoterapeutickou společností. Tito profesionálové mají různý typ pregraduálního studia (psychiatrii, psychologové, psychologové v kombinaci, speciální pedagogové, sociální pracovníci, pedagogové, filosofové, teologové, andragogové) a pracují i mimo oblast zdravotnictví (i z tohoto důvodu používáme termín „klient“, neb jde o „uživatele péče“ nejen mimo zdravotnictví, ale někdy přímo o zdravé osoby. Společným referenčním znakem členů souboru VŠ studium, probíhající či ukončený psychoterapeutický výcvik, probíhající psychoterapeutická praxe. Zkoumaný soubor je tvořen celkem 100 psychoterapeuty, je v něm mírná převaha žen (55), psychoterapeuti jsou „vycvičení“ v akreditovaných programech a poskytují různé formy a kombinace terapeutické práce, pracují s různými druhy klientely a jsou v rozmezí 25-65 let věku s pracovní zkušeností od 1 roku do 40 let (viz přehledová tabulka).

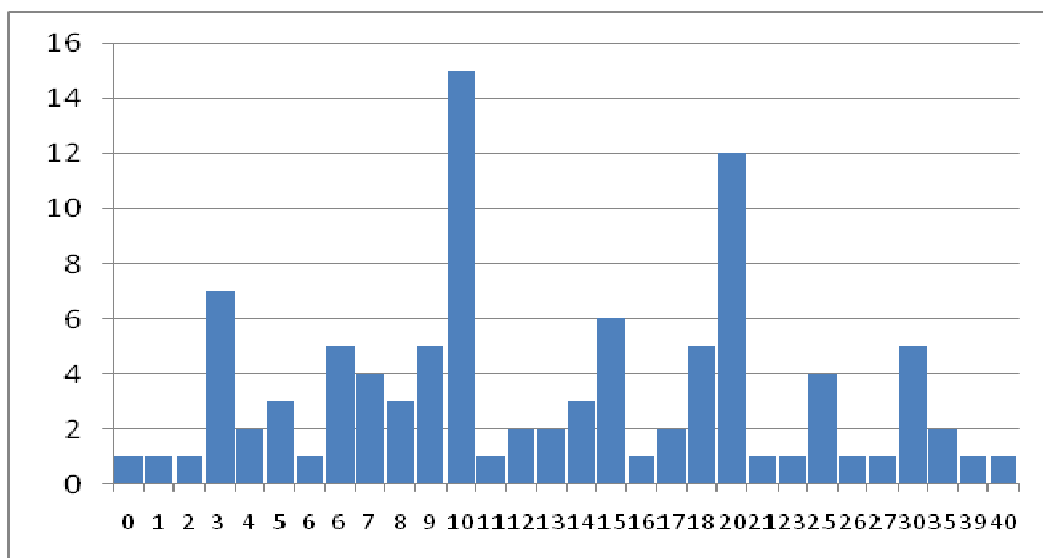
<i>Pohlaví</i>	
<i>muž</i>	45
<i>žena</i>	55
<i>celkem</i>	100
<i>Praktikovaný směr</i>	
<i>sur a psychodynamická pst.</i>	15
<i>psychoanalytické směry</i>	23
<i>rodinná a systemická terapie</i>	5
<i>PCA</i>	12
<i>gestalt</i>	7
<i>KBT</i>	3
<i>existenciální směry</i>	15
<i>SUR a rodinná terapie</i>	7
<i>eklektický a integrativní přístup</i>	12
<i>neudáno</i>	1
<i>celkem</i>	100

Modalita	
<i>individuální pst.</i>	49
<i>rodinná, párová a skupinová pst.</i>	4
<i>individuální a skupinová pst.</i>	29
<i>individuální a rodinná pst.</i>	13
<i>vše kombinováno</i>	5
<i>celkem</i>	100
Vystudovaný obor	
<i>psychologie</i>	48
<i>medicína</i>	29
<i>pomáhající profese</i>	23
<i>celkem</i>	100
Klientela	
<i>zdraví</i>	8
<i>zdraví a neurotičtí</i>	15
<i>neurotičtí a poruchy osobnosti</i>	47
<i>závislí a poruchy osobnosti</i>	14
<i>psychózy a těžší poruchy</i>	10
<i>vše</i>	6
<i>celkem</i>	100
Věk kategorizovaný	
<i>25-35 let</i>	25
<i>36-45 let</i>	36
<i>46-65 let</i>	38
<i>Celkem</i>	99
Délka praxe kategorizovaná	
<i>do 5 let</i>	15
<i>6-15 let</i>	47
<i>16-25 let</i>	26
<i>26 a více</i>	11
<i>Celkem</i>	99

Věkové rozložení souboru



Graf délky praxe jednotlivých terapeutů



Ze zobrazených informací vyplývá, že účastníky výzkumu byly terapeuti v širokém pásmu věku a praxe, ale převážně s velkou pracovní zkušeností.

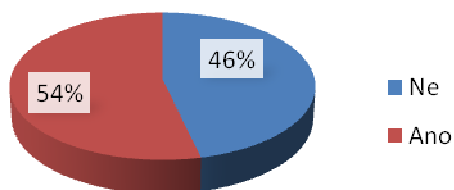
XII.1. Hlavní výzkumné otázky (HVO)

HVO č. 1: Které situace psychoterapeuti nejčastěji prožívají jako nezdar jimi poskytované psychoterapie?

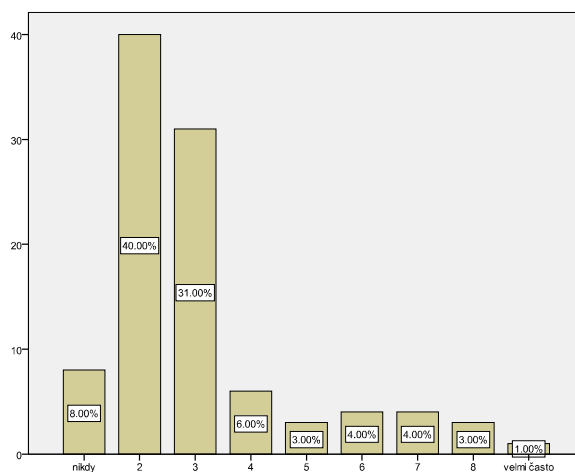
Této otázce se věnuje náš dotazník v části B, která zahrnuje 14 výroků, popisujících vybrané zátěžové situace v psychoterapii. Terapeut posuzuje na škále 1 až 10 (kdy 1 = nikdy, 10 = velmi často) jak často se s danou situací osobně setkal (ve výsledcích označena sloupcovým grafem) a zda ji hodnotí jako nezdar (ve výsledcích zobrazena koláčovým grafem) posouzením *ano* či *ne*. Oba grafy vyjadřují, kolik procent terapeutů situaci zažívá jako nezdar, resp. jak velké procento terapeutů se určitým bodu škály 1-10 s danou situací ve své praxi setkal.

1) Předčasné ukončení terapie z rozhodnutí klienta proti mínění terapeuta

Vnímá jako nezdar

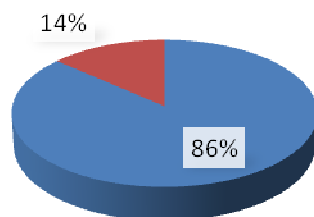


Frekvence výskytu - škála

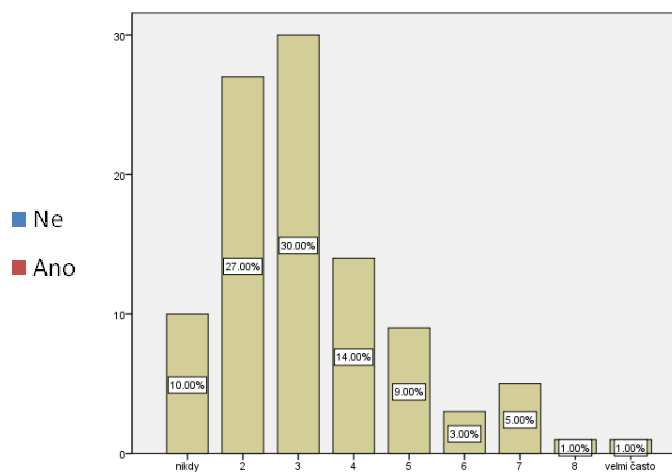


2) Předčasné ukončení terapie z rozhodnutí klienta a se souhlasem terapeuta

Vnímá jako nezdár

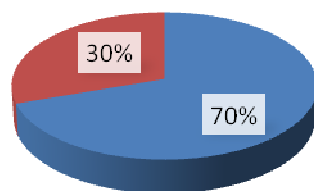


Frekvence výskytu - škála

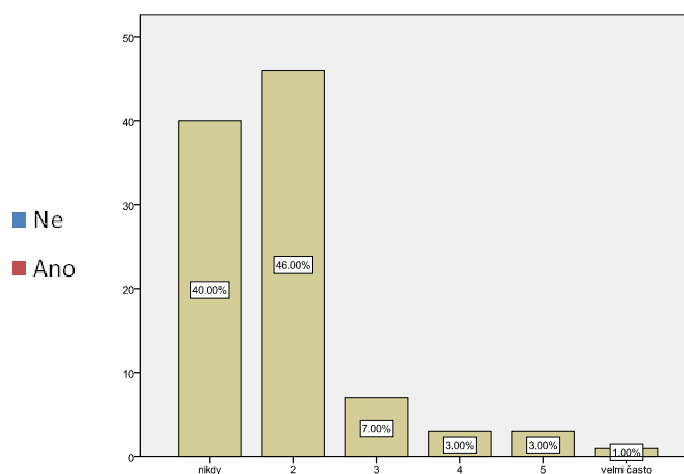


3) Předčasné ukončení terapie z rozhodnutí terapeuta

Vnímá jako nezdár

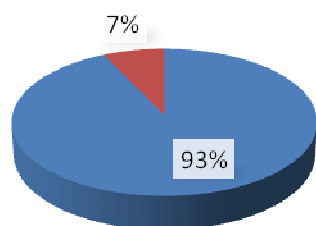


Frekvence výskytu - škála

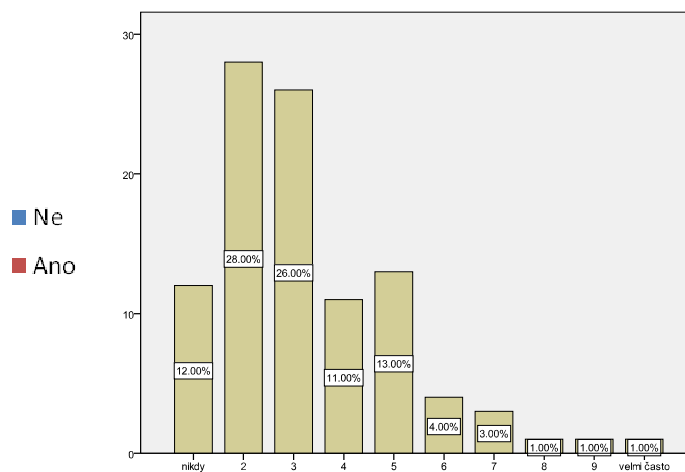


4) Předčasné ukončení terapie v důsledku vnějších okolností mimo rámec terapie

Vnímá jako nezdár

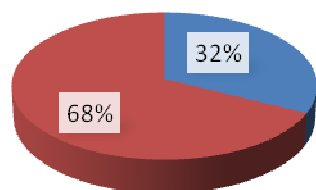


Frekvence výskytu - škála

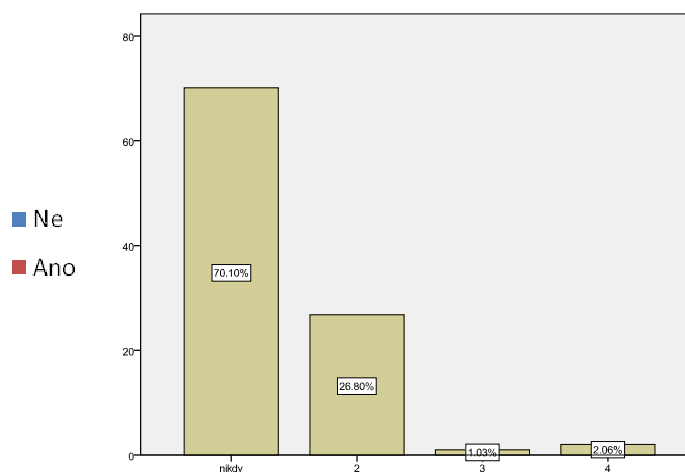


5) Suicidium klienta v průběhu či krátce po ukončení terapie

Vnímá jako nezdár

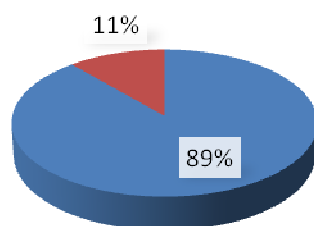


Frekvence výskytu - škála



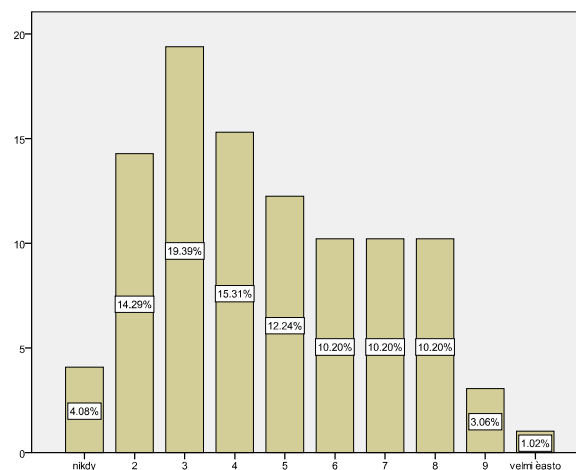
6) Zhoršení klientovy tělesné symptomatiky v průběhu terapie

Vnímá jako nezdár



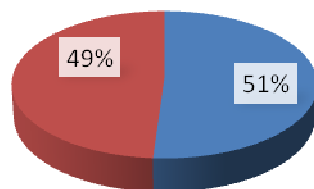
■ Ne
■ Ano

Frekvence výskytu - škála



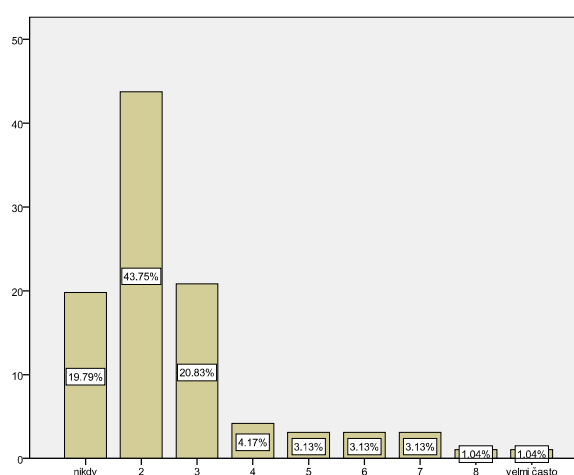
7) Přetrvávající zhoršení klientovy tělesné symptomatiky při ukončování terapie

Vnímá jako nezdár



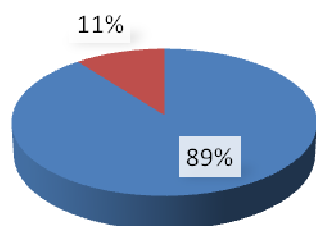
■ Ne
■ Ano

Frekvence výskytu - škála



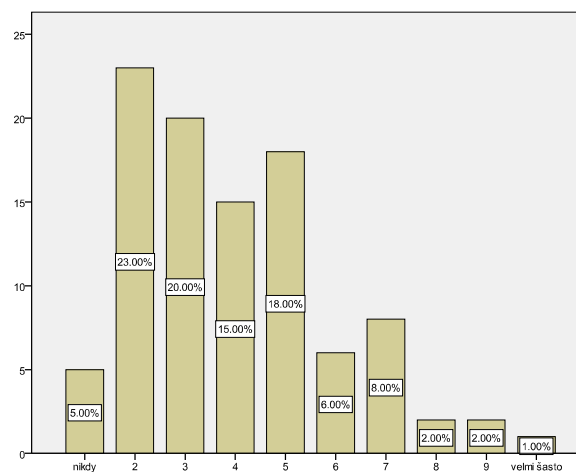
8) Zhoršení klientových sociálních vztahů a vazeb v průběhu terapie

Vnímá jako nezdár



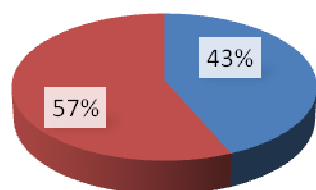
■ Ne
■ Ano

Frekvence výskytu - škála



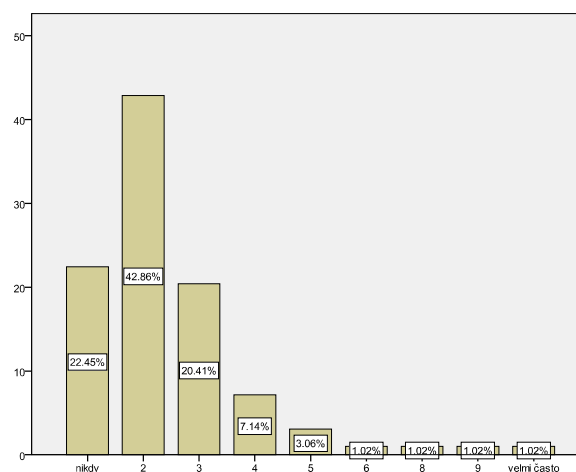
9) Přetrvávající zhoršení klientových sociálních vztahů a vazeb při ukončování terapie

Vnímá jako nezdár



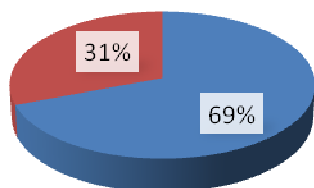
■ Ne
■ Ano

Frekvence výskytu - škála

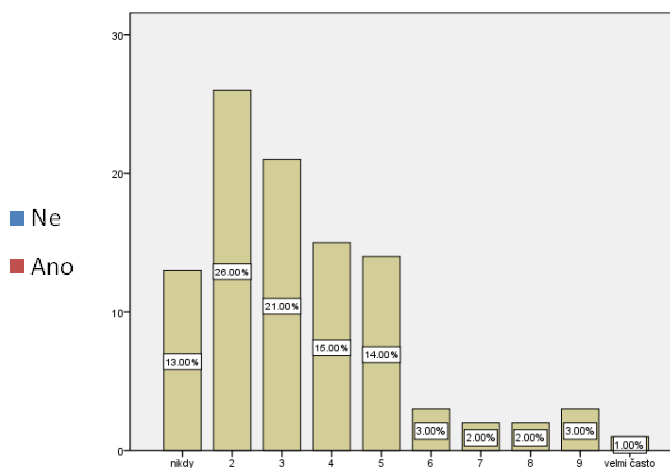


10) Zhoršení klientova postoje k sobě samému v průběhu terapie

Vnímá jako nezdár

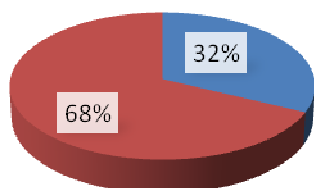


Frekvence výskytu - škála

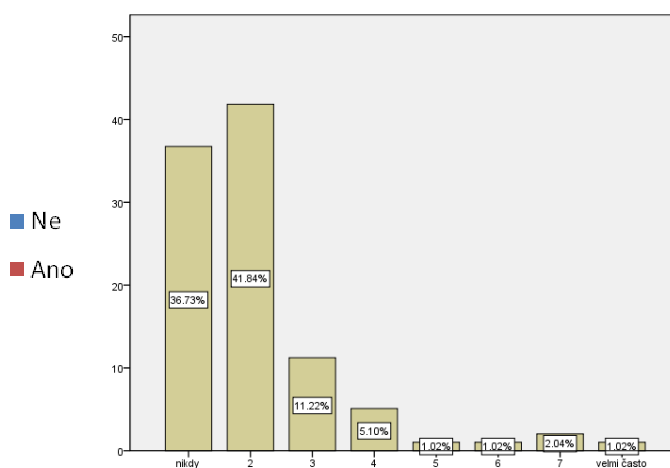


11) Přetrvávající zhoršení klientova postoje k sobě samému při ukončování terapie

Vnímá jako nezdár

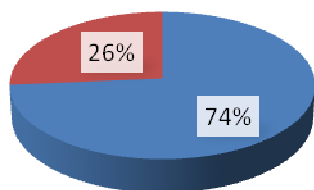


Frekvence výskytu - škála

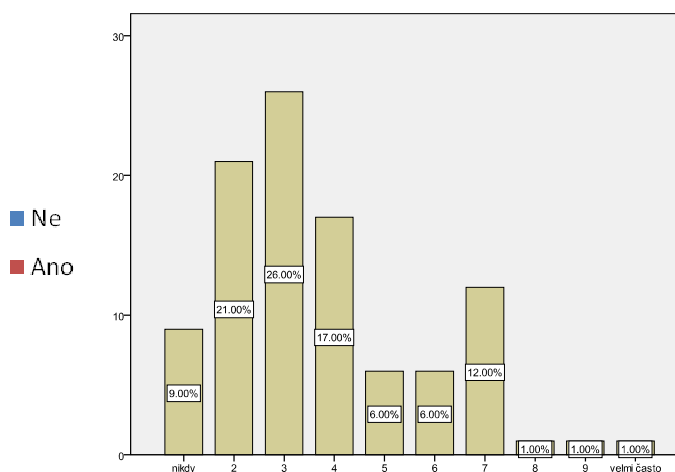


12) Dosažení zvoleného cíle psychoterapie (např. vymizení symptomů či potíží) bez překonání či změny osobního patologického, maladaptivního postoje (scénáře) k druhým či sobě

Vnímá jako nezdár

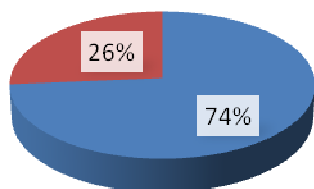


Frekvence výskytu - škála

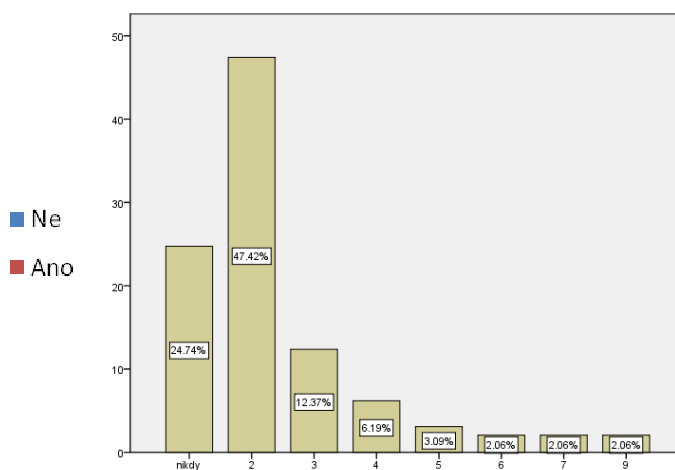


13) Kritika či destrukce terapie nebo kvalit terapeuta po celou dobu terapie

Vnímá jako nezdár

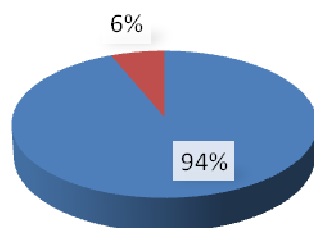


Frekvence výskytu - škála

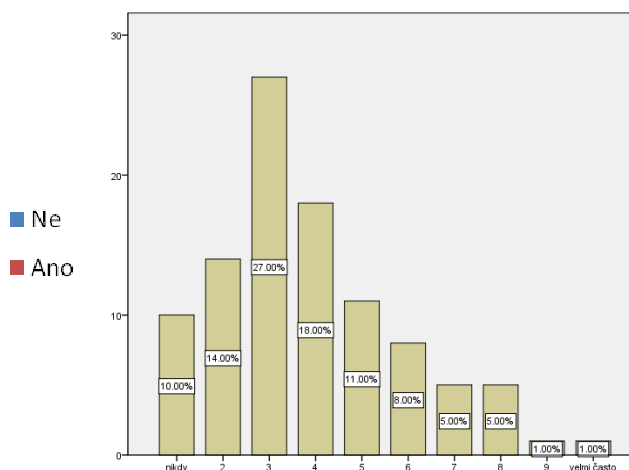


14) Po proběhnutí terapie se klient chce po čase do terapie vrátit

Vnímá jako nezdár



Frekvence výskytu - škála



Interpretace výsledků HVO č. 1:

Podle dodaných výsledků můžeme rozlišit 3 oblasti nezdarů:

a) Výroky č. 2, 4, 6, 8 a 14 hodnotí jako nezdár 6-14% psychoterapeutů a výraznou většinou hlasů tedy nejsou považovány za nezdár. Spolu se znalostmi teorie obecné psychoterapie, literárních a výzkumných odkazů i praktických poznatků můžeme říci, že výsledky výzkumu potvrzují, že zhoršení tělesného stavu a mezilidských vztahů v průběhu terapie považuje výrazná většina terapeutů za logickou a nedílnou součást psychoterapeutického procesu, jak také vyplývá z rozložení četností. Totéž platí pro vnější vlivy blokuji terapii nebo opětovný návrat do terapie. Otázkou zůstává, kteří terapeuti považují tyto oblasti za nezdár: můžeme jen předpokládat, že jde o terapeuty, kteří neunášejí přirozené změny, jsou příliš orientováni na bezchybný výkon, potřebují být potvrzováni ve své skvělosti a bezchybnosti, prožívají pak i obvyklé situace jako vlastní nezdár.

b) Výroky č. 3, 10, 12 a 13 považuje za nezdár 26-31% terapeutů a lze říci, že patří mezi více rizikové položky. Položka č. 3 je, jak vyplývá z grafu četností, zažívána velmi zřídka. Má ovšem vysoký emocionální náboj, který je dán pravděpodobně tím, že když už k této situaci dojde, je to považováno za selhání a nezdár v tom smyslu, že terapeut by měl situaci unést, vydržet a ještě zpracovat. Z hlediska osobnostních charakteristik terapeuta můžeme

předpokládat jeho odpovědný profesionální přístup, na druhé straně však mohou být i iracionální přesvědčení, vysoké nároky a očekávání, idealizace profese i své práce.

c) Výroky č. 1, 5, 7, 9 a 11 jsou posuzovány jako nezdár minimálně polovinou (u č. 7 je to “jen” 49%) dotázaných a mají vysoce emotivní, hodnotící náboj. Jde o položky, které jsou v přímém protikladu s očekáváními, která jsou spojena s psychoterapií: přetrvávající zhoršení v rovině tělesné (symptomy), sociální (vztahy) a v oblasti sebepojetí, případně jde o agresi vůči sobě (suicidium) či pravděpodobně zloba či odpor vůči terapeutovi (odchod proti jeho mínění). Suicidium a přetrvávající zhoršení sebepojetí jsou procentuálně stejně hodnoceny jako nezdár (68%) a jeví se mezi nimi logická spojitost: zásadní zhoršení sebepojetí může být začátkem cesty k suicidiu. Samo suicidium je vysoce emočně nabito: ač ho v minimální míře ve své praxi potkalo téměř 27% terapeutů – a 70% nikdy, je hodnoceno jako výrazný nezdár. Dokreslením emocionální a hodnotící síly této položky je i to, že někteří terapeuti dopisovali na škálu bod 0, asi aby zdůraznili, že se jim toto nikdy v praxi nestalo (přitom nulový výskyt je značen bodem 1 na škále!).

Z hlediska rozložení četností se mezi terapeuty nejméně vyskytují fenomény odpovídající výrokům č. 5 (suicidium), 3 (předčasné ukončení terapeutem), 9 (přetrvávající zhoršení sebepojetí) a 1 (předčasné ukončení proti vůli terapeuta), nejobvyklejší jsou pak fenomény zahrnuté ve výrocích č. 6, 8 a 14 (zhoršení tělesné symptomatiky, sociálních vztahů a sebepojetí v průběhu terapie), případně 14 (opakované návraty do terapie) a 2 a 4 (dohodnutý konec či konec daný vnějšími vlivy).

Z výsledků vyplývá, že nezdary jsou nežádoucí, silně emocionálně prožívané fenomény, spojené s prožitkem selhání vůči profesionální, modelové roli, kterou terapeut má mít, chce mít či je s jeho rolí spojována. Některé formy nezdaru (suicidium a přetrvávající zhoršení vztahu k sobě na konci terapie) jsou natolik v rozporu s všeobecně sdíleným smyslem terapeutické péče, že je jako nezdár hodnotí i psychoterapeuti, kteří je nikdy nezažili ve své praxi.

HVO č.2: Jakými emocemi na prožitek nezdaru psychoterapeuti nejčastěji reagují?

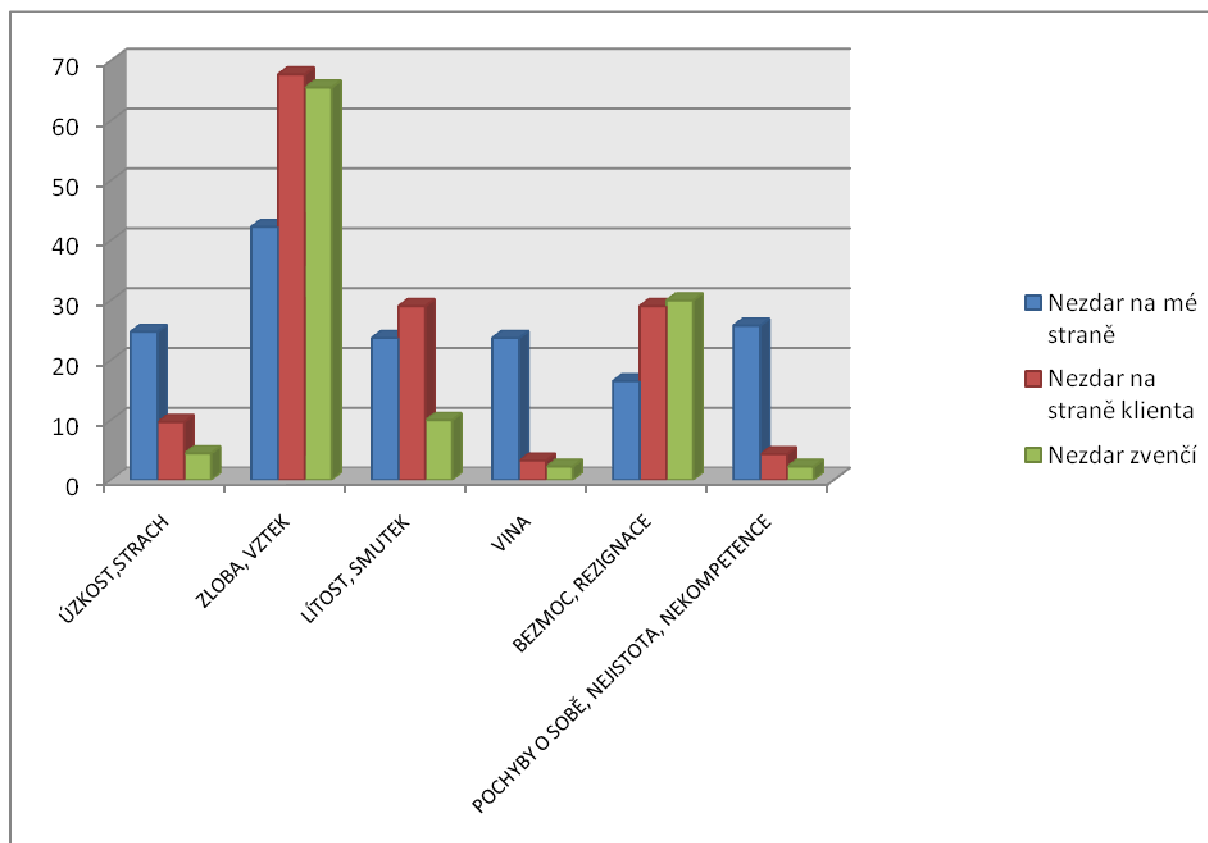
Výsledky a jejich interpretace

Tato otázka je v našem dotazníku zkoumána v části C, a to ve třech rovinách: pocity terapeuta v případě, že se za nezdar cítí odpovědný a přisuzuje ho sobě, nebo klientovi nebo vnějším vlivům. V oblasti pocitů jsme z celkového setu odpovědí rozlišili 6 nejčastěji se vyskytujících kategorií emocí:

- 1) Úzkost, strach, obavy
- 2) Zloba, vztek, naštvání
- 3) Lítost, smutek, soucit
- 4) Vina, resp. pocity viny, sebeobviňování, výčitky
- 5) Bezmoc, rezignace, apatie
- 6) Pochyby o sobě, pocity nekompetence

Každý terapeut mohl vyjádřit jakékoli z těchto emocí zároveň, které pak byly tímto způsobem kategorizovány. Výsledky jsou zachyceny v procentech.

	Nezdar		
	Nezdar	na	
	na mé	straně	Nezdar
	straně	klienta	zvenčí
ÚZKOST,STRACH	25	10	4
ZLOBA, VZTEK	42	68	66
LÍTOST, SMUTEK	24	29	10
VINA	24	3	2
BEZMOC, REZIGNACE	16	29	30
POCHYBY O SOBĚ, NEJISTOTA, NEKOMPETENCE	26	4	2



Graf zachycuje všech šest kategorií emocí ve všech třech dimenzích atribučí příčin nezdaru (sobě, klientovi, okolí) a pro názornost je barevně odlišujeme. Nejsilnější emocí při prožívání nezdaru je jednoznačně zloba, naštvaní, vztek. Nejvíce jí terapeuti prožívají, pokud nezdar připisují klientovi, případně vnějšímu okolí. S pocity vzteku se u terapeutů v situaci, kdy příčiny nezdaru připisují sobě, často pojí úzkosti a obavy, případně pocity viny, pochybnosti o sobě samém, soucit a smutek až v důsledku rezignace a bezmoci. V případě, že odpovědnost za nezdar terapeuti přisuzují klientům, je se vztekem často spojen pocit lítosti a smutku, případně bezmoci a rezignace. Pokud odpovědnost za nezdar terapeuti připisují vnějšímu okolí, jsou nejsilnějšími emocemi vztek na toto okolí, bezmoc a rezignace, případně smutek. Ostatní emoce jsou zastoupeny statisticky nevýznamně.

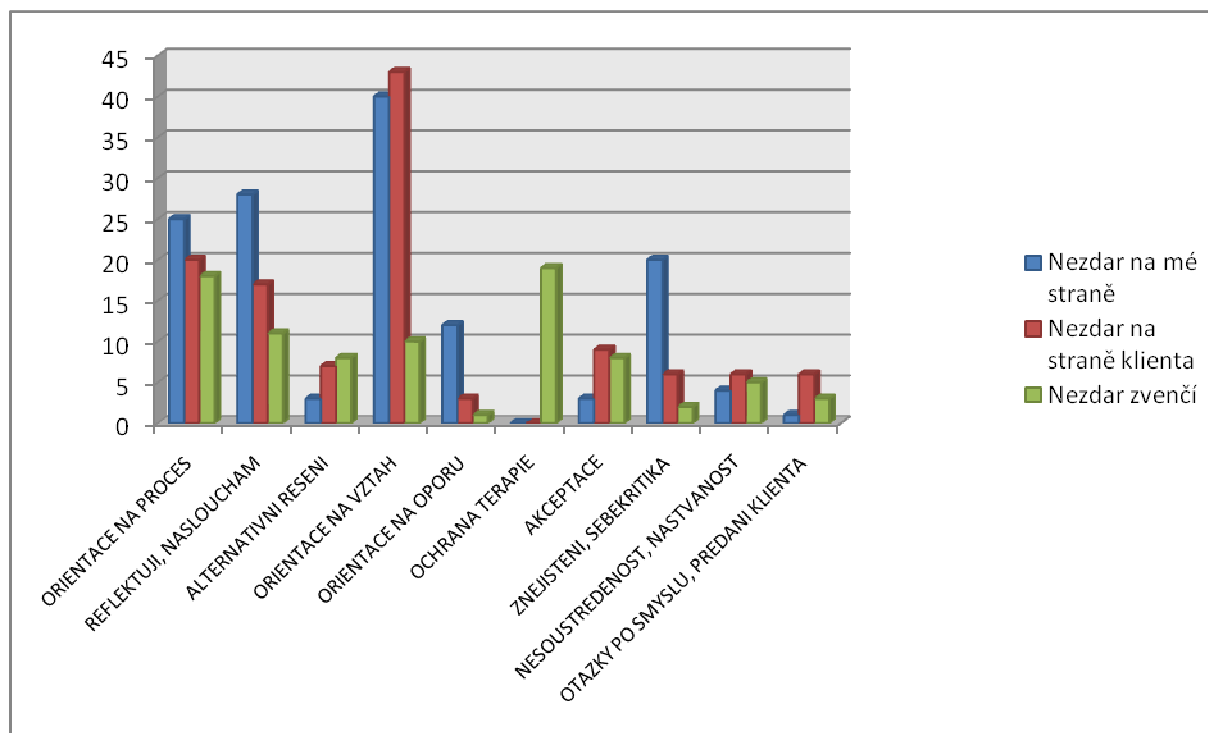
Z grafu jasně vyplývá, že terapeuti reagují intenzivními, negativními emocemi, které se dají roztrždit do 6 kategorií, zjednodušeně nazvaných jako: strach a úzkost, zloba a vztek, lítost a smutek, vina a pocit viny, bezmoc a rezignace, pochyby o sobě a pocity nekompetence.

HVO č.3: Jaké kognitivní strategie k zvládnutí těchto prožitků nejčastěji užívají?

Výsledky a jejich interpretace

V této části zachycujeme mentální, kognitivní strategie terapeutů opět ve třech rovinách, a to tehdy, když příčiny nezdaru přisuzují sobě, klientovi či vnějšímu okolí. Výroky terapeutů (opět mohlo být více kognitivních operací najednou, jako v případě emocí) jsme rozřadili do 11 frekventovaných kategorií dle nejshodnějších znaků.

	Nezdar na mé straně	Nezdar na straně klienta	Nezdar zvenčí
ORIENTACE NA PROCES	25	20	18
REFLEKTUJI, NASLOUCHÁM	28	17	11
ALTERNATIVNÍ ŘEŠENÍ	3	7	8
ORIENTACE NA VZTAH	40	43	10
ORIENTACE NA OPORU	12	3	1
OCHRANA TERAPIE	0	0	19
AKCEPTACE	3	9	8
ZNEJIŠTĚNÍ, SEBEKRITIKA	20	6	2
NESOUSTŘEDĚNOST, NAŠTVANOST	4	6	5
OTÁZKY PO SMYSLU, PŘEDANÍ KLIENTA	1	6	3
ZALEŽÍ NA KONKRETNÍM PŘÍPADU	1	1	2



Z grafu vyplývá, že nejčastěji volené kognice se týkají fenomenů, spadajících do kategorií psychoterapeutického vztahu, procesu, naslouchání a reflexe, ochrany terapeutické situace a sebekritiky. Pokud terapeut nachází příčiny nezdaru na své straně, orientuje se nejvíce na vztahové fenomény, reflexi, orientaci na proces. Zároveň se u něj objevuje znejištění, zda dosavadní postup byl správný a s tím jsou spojeny úvahy o vyhledání supervize či intervize, či sdílení s kolegy (sociální opory). Pokud důvody nezdaru připisuje klientovi, snižují se podstatně pochybnosti o správnosti postupu a mnohem více se orientuje na vzájemný vztah a akceptaci klientova stavu či situace, objevují se úvahy o předání do více přiměřené péče či přímo pochyby o smyslu terapie vůbec. V případě, že nachází příčiny ve vnějších okolnostech, jsou i minimální pochyby o správnosti pracovního postupu, prudce klesá orientace na vztah či reflexi a objevuje se nový fenomén: ochrana procesu terapie a udržení bezpečí v rámci terapeutické situace.

Pochyby o sobě a úvahy o sociální opoře, předání klienta do jiné péče a nepříjemné pocity se podstatně snižují, pokud důvody nezdaru terapeut shledává mimo sebe. Tuto strategii zvažuje výrazně méně či téměř vůbec, pokud příčiny nezdaru vidí mimo sebe. V takové situaci volí spíše alternativní řešení na straně jedné či akceptaci na straně druhé. V případě, že terapeut vnímá důvody nezdaru na své straně, stává se více aktivním, byť vystavený pochybám. Pokud nezdar vnímá jako důsledek vnějších vlivů, jeho mentální aktivita ve prospěch terapie

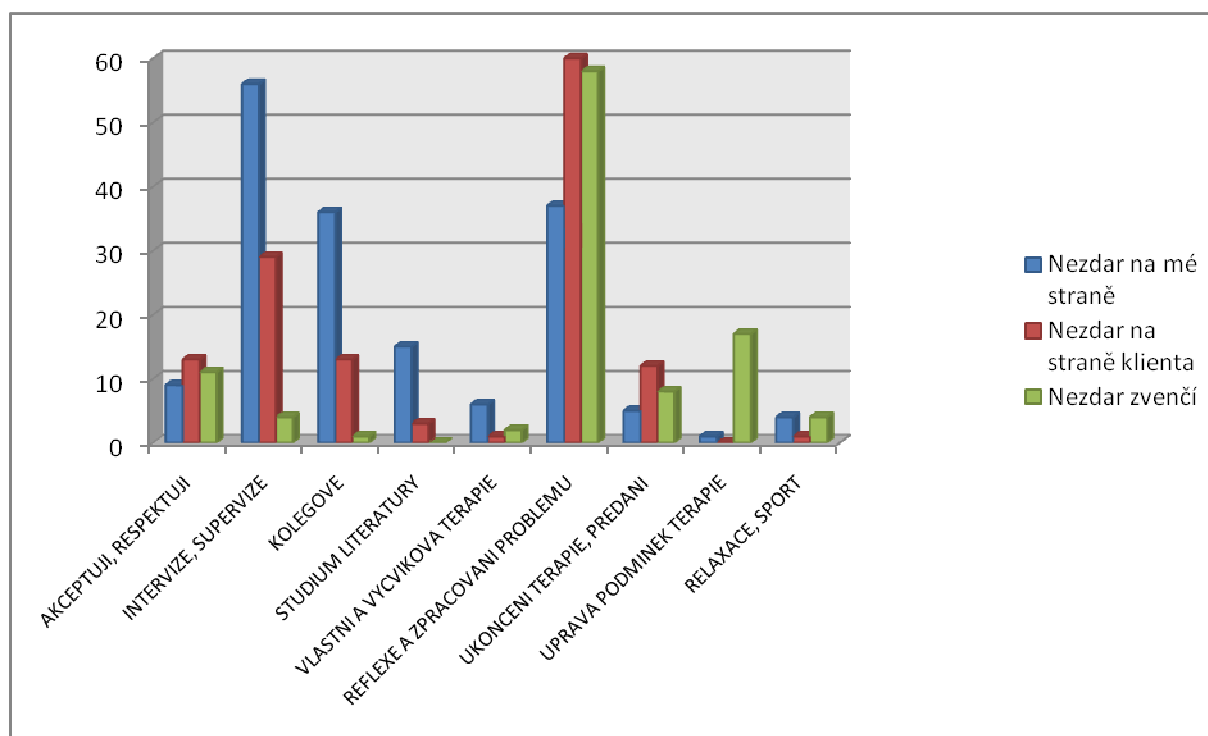
klesá: více uvažuje v kategoriích akceptace, zvažuje předání klienta do jiné péče, případně se pokouší ochránit terapii samu.

HVO č. 4: Které jsou nejčastější pracovní strategie v dalším průběhu terapie ?

Výsledky a jejich interpretace

Tato otázka je poslední otázkou části C dotazníku, má opět tři roviny (příčiny nezdaru atribuovány terapeutovi, klientovi či okolí) a taktéž může terapeut uvádět více použitých strategií. Nejčastěji užívané strategie jsou zobrazeny v tabulce a grafu.

	Nezdar na mé straně	Nezdar na straně klienta	Nezdar zvenčí
AKCEPTUJI, RESPEKTUJI	9	13	11
INTERVIZE, SUPERVIZE	56	29	4
KOLEGOVÉ	36	13	1
STUDIUM LITERATURY	15	3	0
VLASTNÍ A VYCVIKOVÁ TERAPIE	6	1	2
REFLEXE A ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	37	60	58
UKONČENÍ TERAPIE, PŘEDÁNÍ DO PÉČE	5	12	8
ÚPRAVA PODMÍNEK TERAPIE	1	0	17
RELAXACE, SPORT	4	1	4



Nejvolenějšími pokračovacími strategiemi (akce, konace, chování) jsou reflexe a zpracování problému v terapii, využití supervize či intervize, podpora a probrání s kolegy či využití odborné literatury v případech, že příčinu nezdaru terapeut připisuje sobě. V případě, že příčinu nezdaru shledává terapeut na své straně, převládá orientace na sociální oporu (intervize, supervize, kolegové, studium, vlastní terapie), případně využívá vlatních zdrojů (reflexe a zpracování problému přímo v terapii). Jde o naprosto dominující strategie, k nimž se ještě připojuje akceptace. Pokud příčinu nezdaru vnímá terapeut na straně klienta, podstatně více problém reflektuje a probírá přímo v terapii samé, výrazně klesá využití sociální opory, případně předává klienta do jiné péče a ukončuje terapii. Pokud nezdar vnímá jako důsledek vnějších vlivů, převážně tyto vlivy reflektuje a zpracovává přímo v terapii, výrazně stoupá jeho aktivita směrem k úpravě podmínek terapie, případně daný stav prostě akceptuje. V těchto případech téměř nevyužívá sociální oporu (supervizi a intervizi, pomoc kolegů, studiu či vlastní terapii): situaci ovlivňuje přímým vstupem.

Na závěr všech tří kroků (emoce, kognice a konace) ve třech rovinách příčin nezdaru (terapeut, klient a okolí) můžeme říci, že psychoterapeuti jsou ve své práci, zejména při

prožívání nezdaru, vystavení intenzivním, negativním, subjektivně nepříjemným emocím ať už směrem ke klientovi, okolí či sobě. Zároveň však mají osvojeny takové variety mentálních strategií, které jim umožňují ve velké většině se situací aktivně nakládat ve prostěch klienta a ochrany terapeutického prostoru. Jejich aktivity a postupy jsou v drtivé většině konstruktivní a směřují k zvládnutí nesnází a zátěže a dalšímu pokračování terapie. V drtivé menšině terapeuti využívají defenzivní myšlenkové strategie či neproduktivní strategie dalšího postupu v terapii. Lze říci, že po prvotním prožití a vyhodnocení emocí převládá, Lazarusem řečeno, na problem orientovaný coping. Coping orientovaný na emoce pravděpodobně hraje roli při počáteční konfrontaci s nezdarem, postupně se však již není potřeba. Naše zjištění ještě výstižněji odpovídá Amirkhanovu (1990) rozlišení copingových strategií: potvrzuje se, že terapeuti mnohem více využívají při prožívání a zvládání nezdaru strategie aktivního řešení problémů či vyhledávání sociální opory, výrazně méně pak strategii vyhýbání, úniku, ústupu či popření. K nim by mohla patřit pasivní akceptace či relaxace ve smyslu psychohygienickém, ale ve smyslu odmítání se věnovat problém.

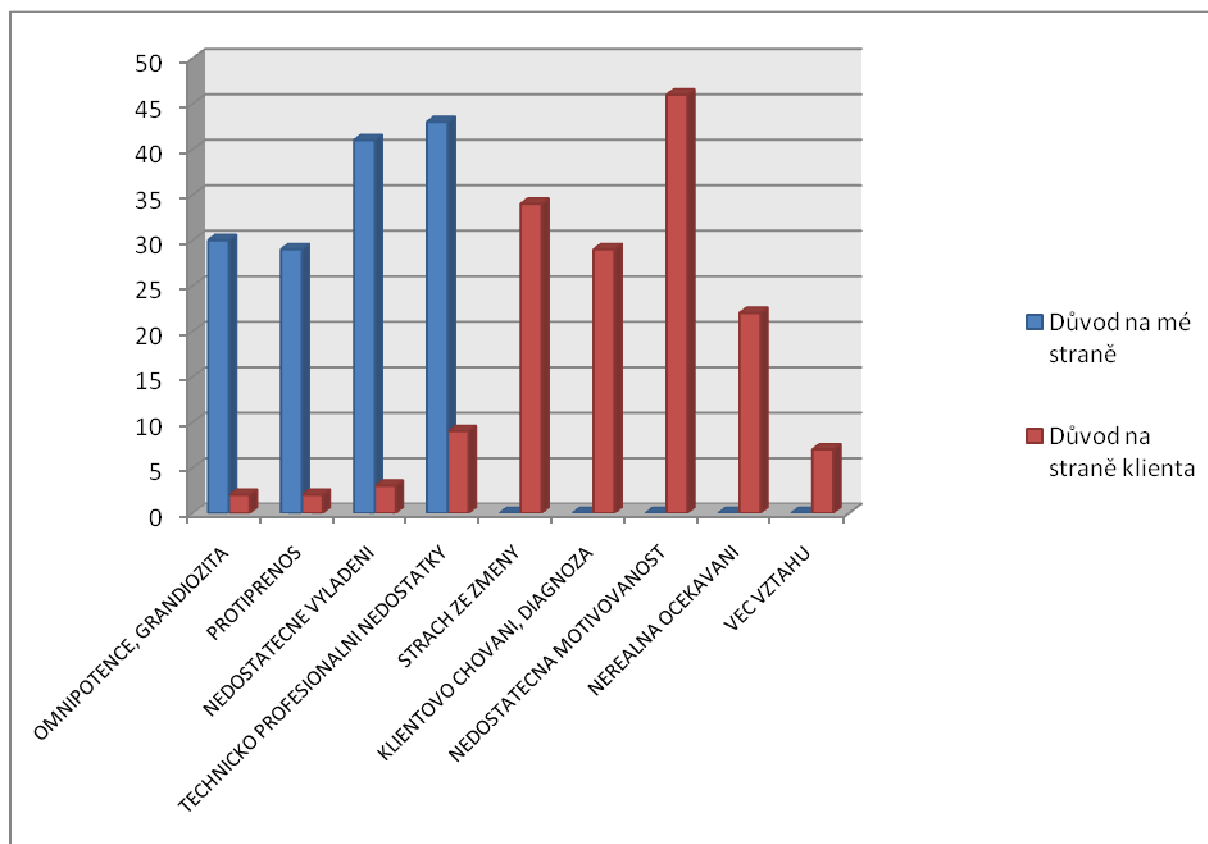
HVO č. 5: Jaké jsou, dle posouzení psychoterapeutů, důvody nezdaru z vlastní a z klientovy strany?

Výsledky a jejich interpretace.

V části D našeho dotazníku je terapeut vyzván, aby se pokusil formulovat důvody nezdaru v případě, že je nalézá u sebe a v případě, že je připisuje klientovi.

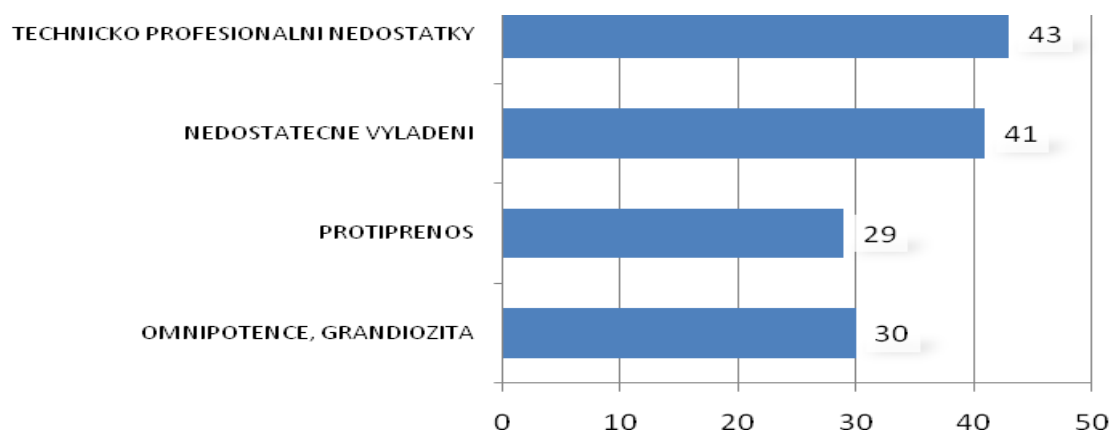
	Důvod na mé straně	Důvod na straně klienta
OMNIPOTENCE, GRANDIOZITA	30	2
PROTIPŘENOS	29	2
NEDOSTATEČNÉ VYLADĚNÍ TECHNICKO-PROFESIONÁLNÍ	41	3
NEDOSTATKY	43	9
STRACH ZE ZMĚNY	0	34
KLIENTOVO CHOVANÍ, DIAGNÓZA	0	29
NEDOSTATEČNÁ MOTIVOVANOST	0	46

NEREALNÁ OČEKÁVÁNÍ	0	22
VĚC VZTAHU	0	7



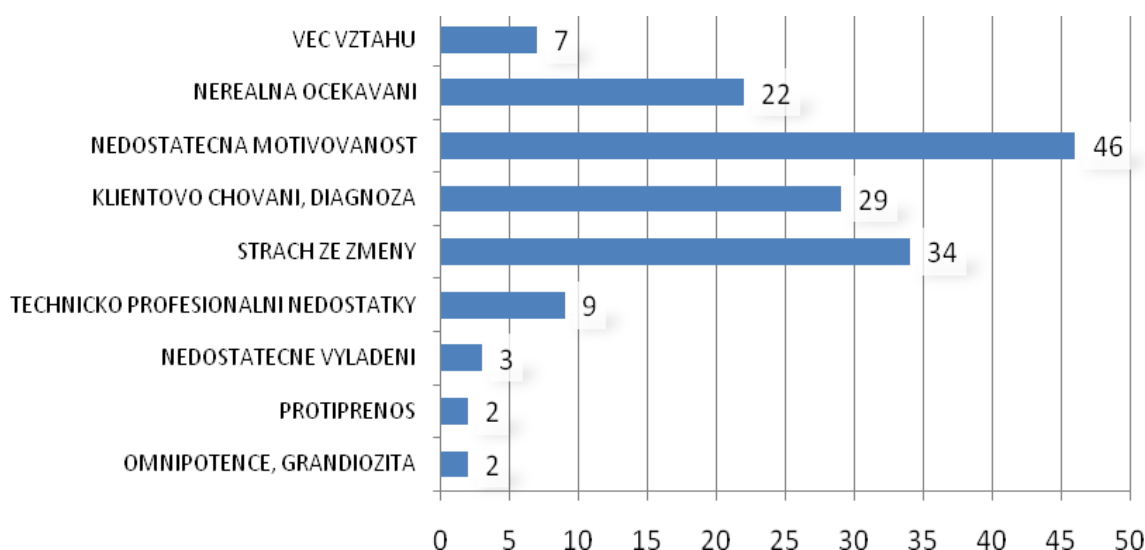
V grafu barevně rozlišujeme obě situace: pokud je důvod shledáván terapeutem u sebe, či u klienta. Možná přehlednější rozdělení uvádíme dole:

1) Důvody nezdaru na straně terapeuta – četnost výskytu jednotlivých důvodů



Pokud terapeuti uvažují o příčinách, které způsobily nezdar, rozlišují u sebe v zásadě 4 hlavní kategorie: osobnostní dispozice (grandiozita, omnipotence), protipřenosu v užším slova smyslu, nedostatečné vyladění (zde bychom mohli uvažovat o přenosu v nejširším slova smyslu) a nedostatečná erudice, technické nedostatky, neznalosti.

2) Důvody nezdaru na straně klienta – četnost výskytu jednotlivých důvodů



Na straně důvodů nezdaru u klienta vznikly čtyři kategorie, týkající se “pouze” klientových důvodů: strach ze změny, vážnost potíží (diagnóza) a s nimi spojené chování, nedostatečná motivovanost k terapii, nereálná očekávání od terapie a nakonec tvrzení, že nezdar je vždy věcí vztahu účastníků terapie. Někteří terapeuti verbalizovali obě stránky procesu: dle nich nelze při nezdaru oddělit vliv a spoluúčast klienta i terapeuta, a uváděli, že nezdar je věcí vztahu (7 klientů), technicko-profesionálních nedostatků terapeuta (9), jeho nedostatečného vyladění (3), protipřenosu a omnipotence terapeuta (vždy po 2).

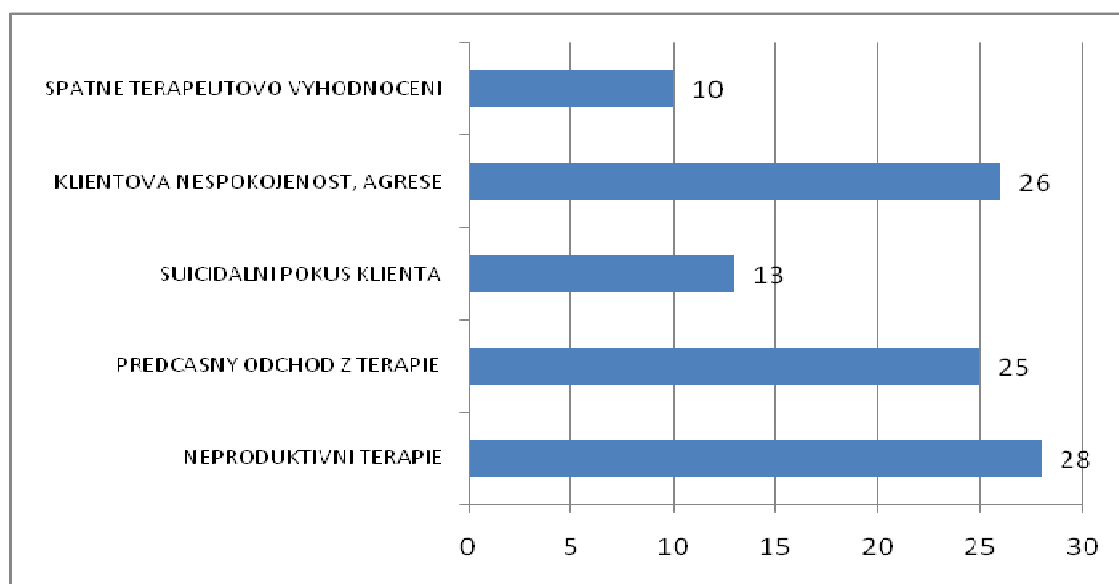
Z grafu jasně vyplývá, že příčiny nezdaru ze strany klienta shledávají terapeuti ponejvíce v nedostatečné motivovanosti k vnitřní práci na sobě, strachu ze změny a ztrát s ním spojenými, vážnosti klientových potíží a chování jim odpovídajícímu (např. agresivita, paranoidita, psychická labilita) a nereálným očekáváním (komplementární k terapeutické grandiozitě a omnipotence).

HVO č.6: co psychoterapeuti prožili jako významný nezdár ve své vlastní praxi a co jim pomohlo jej zvládnout?

Výsledky a jejich interpretace

V části E dotazníku zjišťování nezdaru jsou psychoterapeuti požádáni, aby uvedli významný nezdár ze své terapeutické praxe a také to, co jim pomohlo s jeho zvládnutím. Tato část dotazníku je výslovně zaměřena na copingové strategie terapeutů.

Významný nezdár – četnost výskytu

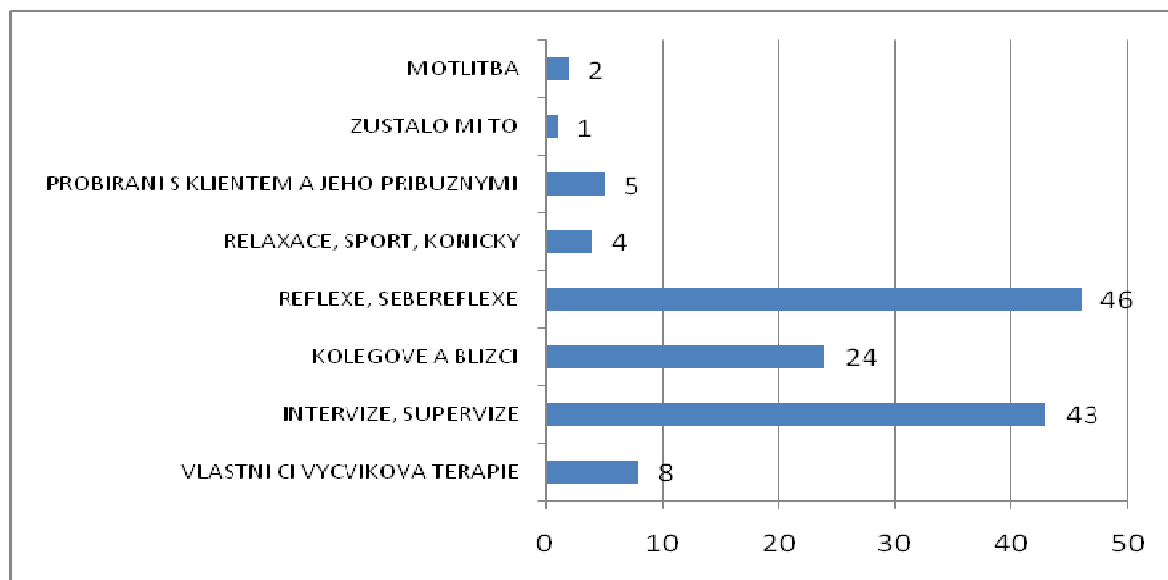


Na uvedeném grafu (nejde o procenta, ale četnost výskytu) je zastoupeno pět kategorií, do nichž byly sdruženy výpovědi terapeutů. Nejčastější je neproduktivní terapie, která nevede k požadovaným či domluveným cílům. Za ní následuje klientova nespokojenost a agrese (verbální), a tento typ nezdaru v důsledku vede k podobnému konci jako neproduktivní terapie. Neproduktivní terapie je však definována sebezposouzením, vyhodnocením samotného terapeuta. Následuje předčasný odchod z terapie (dropout), který má blízko k dvěma předchozím typům nezdaru, s tím rozdílem, že tento typ nezdaru je spojen s tím, že terapeut je před něj postaven náhle, buď na poslední chvíli anebo když už se klient na terapii nedostaví. Významným nezdarem je suicidální pokus klienta, ať již dokonaný či ne.

Významnost tohoto faktu není pořadím umenšena: suicidium klienta není velmi časté, ale je velmi často posuzováno jako nezdár, zátěž a silný emocionální zážitek pro terapeuta, velmi často spojený s pochybami, nejistotami a sebeobviněním. Poslední kategorií je špatné terapeutovo vyhodnocení klientova stavu či jeho situace. Jde zdánlivě o “měkký” nezdár, který však může být předehtou či spojen s jakýmkoli dalším, vážným nezdarem. V této části

výzkumu jsme očekávali mnohem “chudší” výsledky, neb jde o velmi intimní zážitky spojené se studem, pocitem viny a pochybami, ale byli jsme překvapeni otevřeností terapeutů.

Zvládání významného nezdaru – četnost výskytu



Pátá výzkumná otázka je spojena ze dvou postupných, navazujících kroků, a to s tím záměrem, aby terapeuti mohli uvést vlastní, konkrétní strategie zvládání, které si vybavili právě ve spojení s konkrétním významným neúspěchem, a abychom tak získali živý, pravdivý materiál a ne obecné úvahy.

Jako nejčastější strategie zvládání se ukázala reflexe psychoterapeutického procesu a vztahu a vlastní sebereflexe, tedy obrácení se k vlastním zdrojům, dále intervize a supervize, tedy obrácení se “ven”, směrem k sociální a informační opoře. Při bližším vyhodnocování, kdy jsme za nezávislou proměnou zvolili délku praxe jsme zjistili, že terapeuti s kratší pracovní zkušeností (do 10 let) častěji a na prvním místě volí jako formu odborné pomoci a opory supervizi a intervizi, zatímco terapeuti s delší praxí (nad 10 let a více) volí více strategii reflexe a sebereflexe. To by odpovídalo naší zkušenosti i běžné praxi: začínajícím terapeutům je supervize předepsána jako součást výcvikového programu, případně je součástí jejich praxe na daném pracovišti. Zároveň ji sami vyhledávají jako pomoc právě pro svou nedostatečnou zkušenost a vybavenost. U starších kolegů, zejm. v privátní praxi, supervize není součástí pracovního procesu, starší kolegové nepřijmou již jakéhokoli supervizora a navíc se sami

mnohem více opírají o vlastní zkušenost (v některých případech je i “narcisticky nepřijatelná”).

Jako další strategie zvládání významných nezdarů se nám vyjevila neinstucionalizovaná, odborně nestrukturovaná pomoc ve smyslu probrání těchto záležitostí s kolegy či podpora blízkých osob. Pro 8 kolegů to byla vlastní terapie, výcviková či osobní. Méně časté bylo probrání prožívaného nezdaru s klientem či jeho příbuznými (např. zapojení příbuzných do terapie v rámci rodinné terapie), relaxace a různé “koníčky”, dva terapeuti explicitně uvedli pomoc modlitby ve vyhočených zátěžových situacích (suicidium).

Z uvedených výsledků výzkumu vyplývá, že v náročných zátěžových situacích prožívaného nezdaru mají terapeuti k dispozici či osvojeny produktivní copingové strategie. Zároveň se v těchto situacích potvrzuje, jak náročná je práce psychoterapeuta. Zkušená terapeutka s několika výcviky uvedla, jak těžké pro ni bylo klientovo suicidium a jak se dodnes občas v myšlenkách vrací k tomu, zda nemohla udělat ještě něco navíc. Jiný kolega, zkušený výcvikový terapeut a supervisor uvedl, jak mu v podobné situaci pomohla a pomáhá jeho víra a modlitba.

XII.2.Vedlejší výzkumné otázky (VVO)

VVO č. 1: Jsou rozdíly v pojetí, prožívání a zvládání nezdaru ovlivňovány: pohlavím, věkem, pregraduálním studiem, praktikovanou psychoterapeutickou metodou, lety praxe a typem klientely?

Závěr: z dané množiny podotázek jsme zjistili pouze dva poznatky:

- a) Při zkoumání vztahů mezi pocity, spojenými s prožívaným nezdarem a věkem terapeutů se ukázal signifikantní rozdíl v prožívání a zpracovávání pocitů bezmoci a rezignace mezi therapy dle dosaženého věku stáří (viz tabulka)

Nezdar na mé straně

Cítí bezmoc a rezignaci?		Věk	Délka praxe
NE	Mean	44,68*	14,69
	N	81	80
ANO	Mean	38,67*	10,75
	N	15	16
Celkem	Mean	43,74	14,03
	N	96	96

* Fisherův F-test ($F=5,236$; hladina významnosti = 0,024) ukazuje rozdíl mezi skupinou, která prožívá bezmoc a rezignaci a těmi, kdo takové pocity nemají – skupina prožívající bezmoc je v průměru významně mladší. Tento rozdíl se nevztahuje na délku praxe.

Zároveň je důležité, že tato signifikance se neprojevila na úrovni délky praxe. Jinak by bylo snadné se domnívat, že jde o běžný jev, že s věkem a lety praxe se zvyšuje erudice a snižuje bezmoc v zátěžové situaci. To nás vede k závěru, že věk sám je důležitou proměnnou, která u psychoterapeutů – nezávisle na délce praxe – přináší jistou životní zralost, toleranci k neúspěchu a proměnu hodnot. To by vysvětlilo, proč se mladší kolegové cítí významně bezmocněji v situaci nezdaru než kolegové starší.

- b) při zkoumání vztahu mezi pocity při prožívání nezdaru a pohlavím terapeutů jsme zjistili naznačený rozdíl mezi muži a ženami v prožívání úzkosti a obav.

		Nezdar na mé straně - co cítím					
Pohlaví		ÚZKOST, STRACH	ZLOBA, VZTEK	LÍTOST, SMUTEK	VINA	BEZMOC, REZIGNACE	NEKOMPETEN
Muž	Mean	,16	,48	,18	,23	,18	,30
	N	44	44	44	44	44	44
Žena	Mean	,32	,38	,28	,25	,15	,23
	N	53	53	53	53	53	53
Celkem	Mean	,25	,42	,24	,24	,16	,26
	N	97	97	97	97	97	97

Sdf * Fisherův F-test blízko hladině významnosti ($F=3,424$; hladina významnosti = 0,067) naznačuje možný rozdíl mezi muži a ženami v prožívání úzkosti a strachu. U ostatních pocitů jsou rozdíly zjevně nevýznamné.

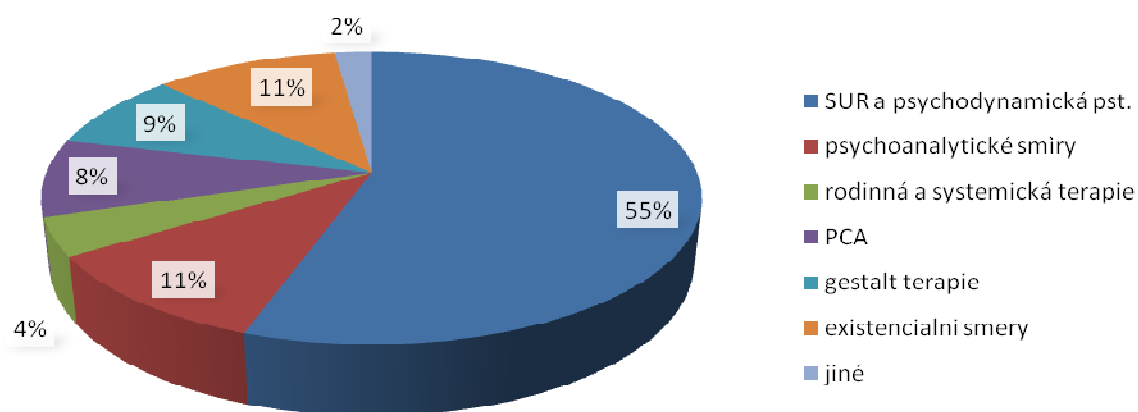
Z náznaků vyplývá, že ženy cítí více obav a úzkostí při prožívání nezdaru. Je otázkou, zda je to dáno genderovou specifikitou ve smyslu ženské křehkosti a vyšší mužské hardiness či resilience, anebo je to jakýsi mateřský rys, znak vlastní matkám, pečujícím o dítě. V jiných kategoriích emocí, jak je vidět v tabulce, jsme žádný rozdíl daný pohlavím respondentů neprokázali.

VVO č.2: Existují významné rozdíly mezi psychoterapeuty ve vnímání odpovědnosti za úspěchy a nezdary poskytované terapie a čím jsou dány? (Jsou ovlivněny pohlavím, věkem, pregraduálním studiem, výcvikem v daném psychoterapeutickém směru, lety praxe či typem klientely či počtem výcviků?)

Závěr: nezjistili jsme žádné statisticky signifikantní rozdíly v těchto proměnných. Terapeuti se v těchto charakteristikách mezi sebou neliší (statisticky významně). Domníváme se, že téma odpovědnosti za nezdary či úspěchy je natolik všeobecné a univerzální, že prostupuje všechny kategorie obdobně. Zajímalo nás původně, zda je rozdíl mezi jednotlivými terapeutickými školami: bohužel nezískali jsme dostatečný počet respondentů: pro příští výzkumy to toto mohlo být důležité téma.

Nezjistili jsme, že by počet či typ absolvovaných výcviků statisticky významně ovlivňoval prožívání nezdaru u terapeutů oproti jiným nezávislým proměnným. Zároveň jsme při této příležitosti „mimoходом“ zjistili, jak velké procento terapeutů z celkového počtu vstupuje do výcviků druhých a do kterých (viz graf a tabulka).

Procento absolventů různých výcviků, kteří vstupují do dalšího výcviku



První a další absolvovaný výcvik

		Další výcvik								celkem
		SUR a psycho-dynamická pst.	psycho-analytické směry	rodinná a systemická terapie	PCA	gestalt terapie	KBT	existencialni směry	jiné	
Výcvik ukončený 1	SUR a psychodynamická pst.	.	3	14	.	1	3	1	4	26
	psychoanalytické směry	2	1	.	1	.	.	.	1	5
	rodinná a systemická terapie	.	.	1	.	.	.	.	1	2
	PCA	2	.	1	.	.	.	.	1	4
	gestalt terapie	.	.	1	1	.	.	.	2	4
	existencialní směry	.	.	1	.	.	.	.	4	5
	jiné	.	.	1	.	.	.	.	.	1
celkem		4	4	19	2	1	3	1	13	47

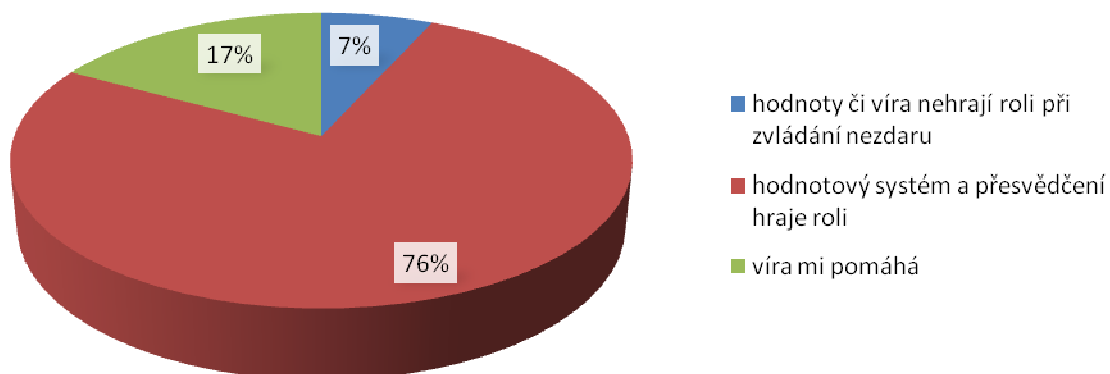
* pro přehlednost byly nuly v tabulce nahrazeny tečkami

V kruhovém grafu je uvedeno, kolik procent terapeutů z daného psychoterapeutického směru volí další výcvik (např. 55% absolventů výcviků SUR z našeho souboru vstoupilo do dalšího výcviku). V tabulce pod grafem je podrobně rozepsáno, do kterých druhých výcviků absolventi prvního výcviku vstupují. Vpravo jsou souhrnná čísla, v tabulce rozepsaná do směrů a škol: např. celkem do druhých výcviků vstupuje 26 absolventů SUR, z toho 3 do psychoanalytických výcviků, 14 do rodinně-systemických, 1 do gestaltterapie, 3 do KBT, 1 do existenciálních směrů a 4 do jiných (neuznávané ČPS jako komplexní a akreditované pro oblast zdravotnictví – např. výcviky v neverbálních technikách, satirapii, pesso terapie aj). Výpovědní hodnota tohoto zjištění je problematická, neboť nemáme dost zástupců jednotlivých směrů. Přesto lze říci, že výcviky SUR jsou typické výcviky první volby a 55% jejich absolventů pokračuje dál, hledáním jiného, specifitěji zaměřeného výcviku (nejčastěji jde o pokračování v rodinné terapii). Tento poznatek odpovídá naší zkušenosti z praxe.

VVO3: Ovlivňuje hodnotový systém, světový názor (životní přesvědčení) a/nebo víra psychoterapeutů zvládání nezdaru a zátěže? Jakým způsobem?

Hodnoty a coping

	validní procenta
hodnoty či víra nehrají roli při zvládání nezdaru	7
hodnotový systém a přesvědčení hraje roli	76
víra mi pomáhá	17



Na základě vyjádření terapeutů jsme rozlišili 3 kategorie: Největší kategorie jsou terapeuti, kteří zdůraznili, že jejich přesvědčení a hodnotový systém jim pomáhají unášet nezdary (76%), přičemž blíže nespecifikovali, zda jsou věřící nebo ne. Druhou skupinou (17%) jsou terapeuti, kteří deklarují víru křesťanskou, která jim pomáhá unášet nezdary buď jako útočiště a zdroj naděje a síly, nebo jako relativizace své moci, omnipotence a finality (ve smyslu “nejsem ten jediný a poslední, kdo věci určuje”). Terapeuti, kteří explicitně uvádějí, že jim víra (křesťanská) pomáhá zvládat nezdary a zátěž, a to zejména ve smyslu relativity nároků na sebe, své moci a omnipotence či vůbec pomáhá nést vlastní chybnost (17%). Nejméně početnou skupinou jsou terapeuti, kteří buď deklarují, že neví, zda jim víra, přesvědčení a vlastní hodnoty pomáhají v praxi, nebo přímo odmítají “zatahovat” tyto fenomény do procesu terapie a ovlivňovat tím proces a klienta (7%).

Celkově 93% účastníků výzkumu udává, že víra, životní přesvědčení a hodnotový systém jsou v jejich práci důležitým copingovým zdrojem (viz graf).

XII. 10. Ověřování hypotézy

Hypotéza H1: Mezi psychoterapeutovým prožíváním odpovědnosti za úspěchy a nezdary v terapii na jedné straně a hodnotami na stupnicích Odpovědnosti a Svobody ve Škále ESK na straně druhé existuje vzájemná závislost. To znamená, že terapeut, který skóruje více ve stupnicích Odpovědnosti prožívá i vyšší míru odpovědnosti (vyjádřené na stupnici 1-10) než terapeut, který více skóruje na stupnici Svobody u Škály ESK.

Tuto hypotézu jsme prokazovali korelací mezi uvedenými stupnicemi ESK a sebeposouzením terapeuta v našem dotazníku prožívání nezdaru, kde terapeut na období Likertově stupnice 1 – 10 (1 = vůbec ne, 10 = zcela) hodnotí svou a klientovou zodpovědnost za úspěch či nezdár terapie.

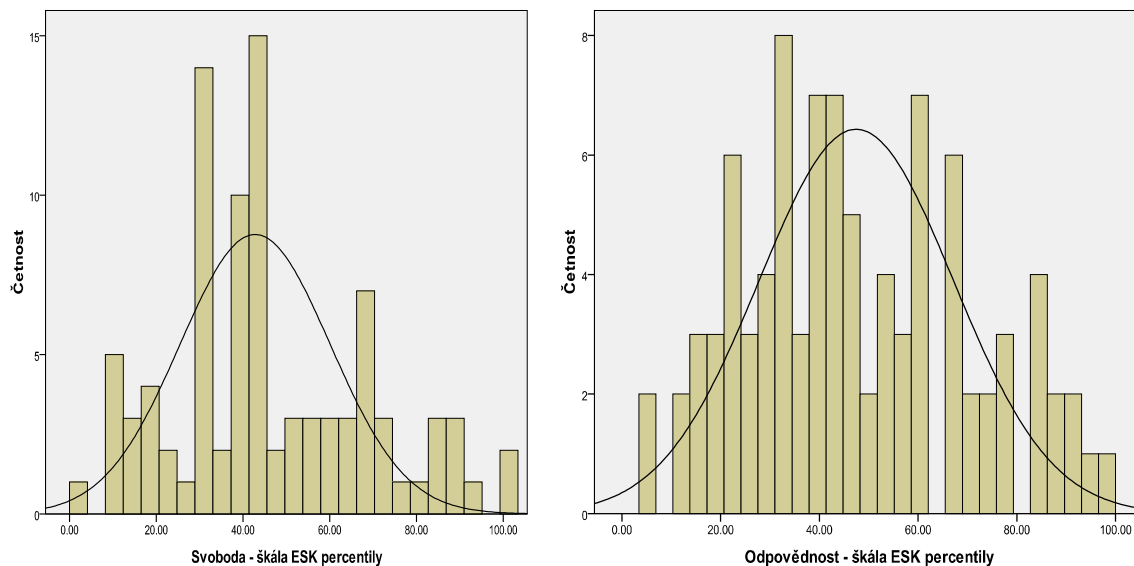
Vztahy mezi škálami ESK a škálami vlastní a klientovi odpovědnosti		Svoboda - škála ESK percentily	Odpovědnost - škála ESK percentily	Škála - posouzení své zodpovědnosti	Škála - posouzení klientovi zodpovědnosti
Svoboda - škála ESK percentily	Pearson Corr.	1	.744**	-,169	-,146
	Sig. (2-tailed)		,000	,111	,170
	N	92	90	90	90
Odpovědnost - škála ESK percentily	Pearson Corr.	.744**	1	-,075	-,136
	Sig. (2-tailed)	,000		,485	,203
	N	90	92	90	90
Škála - posouzení své zodpovědnosti	Pearson Corr.	-,169	-,075	1	,026
	Sig. (2-tailed)	,111	,485		,801
	N	90	90	97	97
Škála - posouzení klientovi zodpovědnosti	Pearson Corr.	-,146	-,136	,026	1
	Sig. (2-tailed)	,170	,203	,801	
	N	90	90	97	97

Z uvedené tabulky vyplývá, že se neprokázaly žádné signifikantní korelace, které by potvrzovaly hypotézu H1. Z toho zároveň vyplývá, že odpovědnost a svoboda v pojetí Existenciální škály ESK je jiným typem odpovědnosti, než je odpovědnost za případný nezdár či úspěch v psychoterapii tak, jak jsme tento fenomén zkoumali v našem dotazníku. Zároveň se tím nepřímo potvrzuje tvrzení autorů škály ESK, že měří specifický, existenciální konstrukt.

Závěr: Hypotéze H1 je neplatná

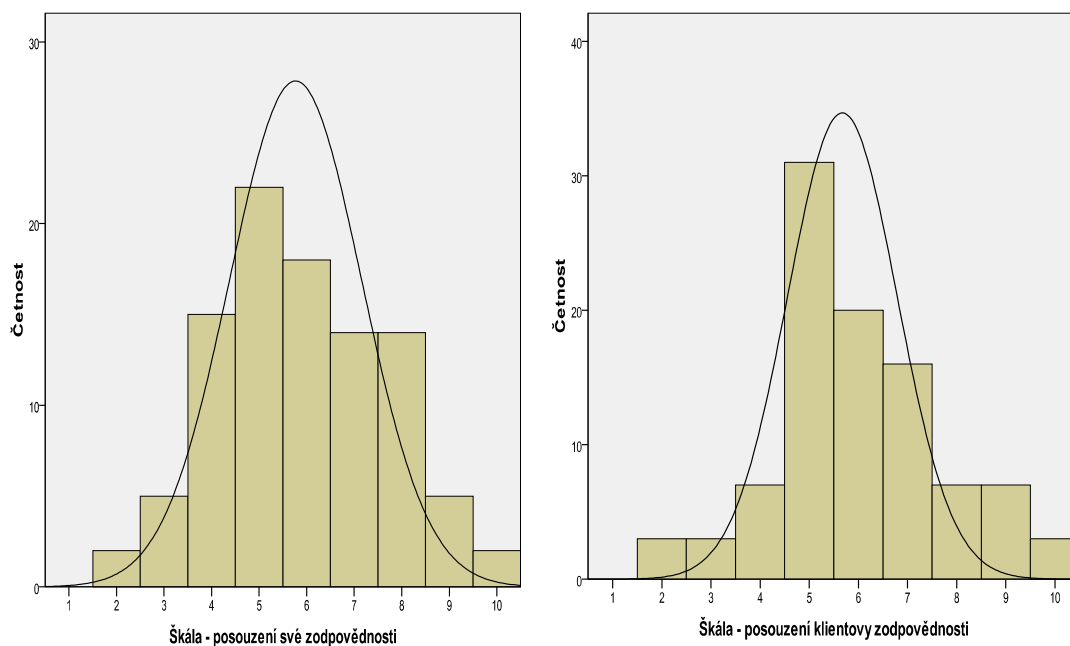
Pro úplnost a ilustraci uvádíme grafy rozložení četností u 1) ESK a 2) dotazníku zaměřeného na nezdár.

1) Četnosti ve škálách Odpovědnost a Svoboda dotazníku ESK



Naměřené hodnoty u obou škál ukazují, že se zkoumaná populace výrazně neliší od norem dotazníku ESK.

2) Sebeuposuzovací škály vlastní a klientovy odpovědnosti a jejich vlastnosti u dotazníku zaměřeném na nezdár.



Popisné statistiky

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směr. Odchylka	Šířka		Spíkatost	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Škála - posouzení své zodpovědnosti	97	2,0	10,0	5,897	1,7823	,147	,245	-,517	,485
Škála - posouzení klientovy zodpovědnosti	97	2	10	5,97	1,735	,244	,245	,124	,485

Jednovýběrový Kolmogorov-Smirnovův test

	Škála - posouzení své zodpovědnosti	Škála - posouzení klientovy zodpovědnosti
N	97	97
Průměr	5,90	5,97
Kolmogorov-Smirnov Z	1,440	1,629
Významnost - Asymp. (2-stranná)	,032	,010

Grafické zobrazení rozložení četností i jejich statistický popis ukazuje, že obě sebeposuzovací škály dobře rozlišují různé hladiny pociťované odpovědnosti. Nikdo z respondentů neudal, že by vůbec necítil vlastní i klientovu odpovědnost (hodnota 1 obou škál), odpovědi v obou případech začínají hodnotou 2, kterou volili 2 (vlastní odpovědnost), resp. 3 (klientova odpovědnost) respondenti. U obou škál se vyskytly i maximální hodnoty (opět 2, resp. 3x). Průměrnou hodnotu téměř 6 z obou účastníků procesu lze považovat za stabilní, přiměřeně odpovědný a vyvážený postoj.

Odpovědi respondentů jsou navíc v obou škálách rozloženy normálně, jak ukazuje Kolmogorov-Smirnovův test, u kterého je dosažená hladina významnosti u obou škál nižší než 0,05. Použití takto formulovaných škál by tedy mohlo být vhodné v dalších výzkumech zkoumajících prožívání odpovědnosti. Nízký korelační koeficient obou škál (viz diskuse ke korelaci všech škál) navíc naznačuje, že každá z nich popisuje jiný prožitek a že je tedy prožívání vlastní odpovědnosti na prožívání klientovy odpovědnosti nezávislé a představuje samostatné jevy.

XIII. DISKUSE

Diskuse k získaným výsledkům

V části B dotazníku (hlavní výzkumná otázka č.1), zaměřené na vymezení nezdaru se terapeuti vyjadřují k tomu, zda dotyčnou situaci sami prožili a zda ji hodnotí jako nezdar poskytované psychoterapie. Tato část dotazníku je sestavena na základě přehledů z výzkumné a klinické praxe i na základě vlastní terapeutické zkušenosti. Potvrdilo se nám, že největším prožívaným nezdarem je suicidium klienta ať již jej terapeut zažil či je s obavami anticipuje (68%) a terapie, jejímž výsledkem je zhoršení klientova vztahu k sobě (68%), okolí či jeho tělesné symptomatiky. To zároveň poukazuje k citlivým místům terapeutů: tyto oblasti prožívají jako velkou zátěž a jsou v nich samozřejmě i křehcí a zranitelní. Naše výsledky blízce korespondují s jedním z mála výzkumů na toto téma, C. Deutschové (1984), které suicidium klienta jako největší stresor a zátěž potvrdilo 61% terapeutů, neschopnost pomoci klientovi hodnotilo jako druhý největší stresor 59% terapeutů. Obdobně Farber a Heifetz (1982) zjistili, že nedostatek terapeutického úspěchu je zátěží pro 74% terapeutů. Zdá se, že naše výsledky prožívání nezdaru jako zátěže jsou v souladu s těmito výzkumy, alespoň co se týče největších stresorů. Co se týče doplňování dalších položek do inventáře, bylo takových doplnění do 10% a týkaly se podobných, jinak formulovaných typů nezdaru.

V části C (hlavní výzkumné otázky 2, 3, 4) zkoumáme jednotlivé etapy copingu: jaké emoce terapeut při nezdaru prožívá (emoce), jak o situaci uvažuje (kognice) a co nakonec udělá („konace“). Zde se ukazuje, jak se domníváme, specifikum profese psychoterapeuta, který je trénován k tomu, aby snášel své emoce, poskytoval klientovi bezpečné a podpůrné prostředí a dokázal navíc o situaci uvažovat. Naše poznatky o druhu vyskytujících se emocí korespondují s jinými autory (Atkinson, Amirkhan, Lazarus a výzkumy uváděnými v kapitole II). Výskyt jiných emocí, než které byly navrženy v dotazníku byl natolik nízký, že podstatně neovlivňoval naše výsledky a zjištění. Navíc často nešlo o pocity, ale terapeutický postoj, jako např. „akceptace“, „přijetí“, „souhlas“. Na jedné straně lze uvažovat o „zralosti“ či profesionální vyspělosti takto skórujícího terapeuta či jeho ideovém pozadí (např. ideová součást PCA), na druhé straně může jít o naplnění sociální žádoucnosti, případně o projevy obranných mechanismů (popření, reaktivní formace) nepřiznat si vlastní negativní a protipřenosové emoce, které by neodpovídaly idealizovanému obrazu terapeuta. Přitom je v logice věci samé, že při nezdaru se dají očekávat negativní a ne pozitivní emoce, ba v první fázi často ani neutralita, jak dosvědčují kazuistické práce a vyjádření terapeutů

v sebesuzovacích výzkumech. Zároveň je však třeba uvažovat i o tom, že v terapii jsou prožívány i silné pozitivní pocity. Lze předpokládat, že jedním ze zdrojů zvládnání negativních pocitů jsou právě i pozitivní pocity, spojené s přijetím, blízkostí a satisfakcí, které slouží jako protiváha emocí negativních. Náš výzkum se však na pozitivní stránky psychoterapeutického procesu nezaměřoval.

Výzkumy, které využívají Tobinova inventáře copingových strategií - CSI (Blatný a Osecká 1998, Blatný a Kohoutek 2002, Millová, Blatný a Kohoutek 2008) ukazují, že negativní emoce jsou spojeny s odklonovými strategiemi, tedy vyhýbáním se problému, fantazijním únikem, sebeobviňováním a sociální izolací, zatímco příklonové strategie (řešení problému, kognitivní restrukturační, vyjádření emocí a sociální opora) jsou spojeny spíše s kladnými emocemi a koreluje s vysokým sebevědomím a self-efficacy, dominancí, extroverzí, dobrými interpersonálními vztahy. Náš výzkum se soustředil na prožívání nezdaru, které je spojeno, pochopitelně, s negativními emocemi. Přesto však terapeuti nepoužívají v naprosté většině odklonové, ale příklonové copingové strategie. To je samo o sobě důležitý poznatek, který je potřeba nadále ověřovat a zkoumat. Otázka může znít, zda vychází z osobnostních dispozic či specifických vzdělávacích programů terapeutů, kteří jsou na prožívání a zvládnání zátěže trénování a jak tento trénink ovlivňuje osobnostní charakteristiky jak ve smyslu psychické odolnosti, tak ve smyslu self-efficacy.

Pokud uvažujeme o odklonových, neproduktivních či únikových strategiích, patřily by mezi ně nesoustředěnost, pochyby o sobě a smyslu terapie a (za určitých okolností) předání do jiné péče či ukončení terapie, zatímco mezi příklonové reflexe a probrání v terapii, intervize, supervize, kolegové či vlastní terapie.

Zároveň se copingové strategie, které terapeuti používají - tedy supervize, intervize, pomoc kolegů a blízkých osob, vlastní terapie –významově překrývají se složkami sociální opory, jak je definuje House: emocionální, hodnotící, informační a instrumentální (Šolcová a Kebza, 1999). V této souvislosti lze také uvažovat o vlivu ať již vrozené, či vývojem a zejména psychoterapeutickým tréninkem vytvořené psychické odolnosti, a to zejména v pojetí sense of coherence (když rozumím tomu, proč se klient zlobí a jaké jeho dispozice a zážitky v tom hrají roli, lépe tuto zlobu snáším), případně i hardiness či resilience.

Taktéž se dá říci, že terapeuti volí copingové strategie v intencích Amirkhanova rozlišení: aktivní, instrumentální, na problém zaměřené strategie a sociální oporu, naopak strategii vyhýbání a popření volí minimálně.

V části D dotazníku (hlavní výzkumná otázka č.5) terapeuti vysvětlují důvody nezdaru ze své strany a ze strany klienta. To co popisují, koresponduje např. s empirickými poznatky z praxe, jak je např. uvádí psychodynamičtí autoři Chessick, Bruchová, Fromm-Reichmannová či Feud. Jde ponejvíce o mezery v profesionálním vzdělání, erudici a dovednostech, osobnostní faktory či protipřenosové fenomény v úzkém i širším pojetí. Osobnostní faktory, zejména grandiozita a omnipotence, poukazují k Schmidbauerem popsanému syndromu pomocníka, protipřenosu a osobnostním charakteristikám (narcistická nerovnováha, neuroticismus, iracionální přesvědčení). Zároveň se nám ukázala ve výpovědích terapeutů spojitost mezi nedostatečným vyladěním a některými charakteristikami burnout, tak jak je popisuje Maslachová (Kebza a Šolcová, 1998).).

Při uvažování o důvodech nezdaru u klienta opět nacházíme obdobné poznatky jak autorů z praxe (Chessick, Bruchová, Fromm-Reichmannová aj.), tak i u badatelů jako je zejm. Pekarík (1985), Puldorf (2007), Baekeland a Ludnwall (1975) aj. Nejedná se samozřejmě o izolované, ale vzájemně se podmiňující jevy: pokud terapeut začne atribuovat klientovi např. nedostatečnou motivovanost či vážnou diagnózu, zpětně to začne ovlivňovat jeho vztah ke klientovi a může jej to vést až k ukončení terapie (např. obavy z práce s jistým typem klientely, apriorní přesvědčení o některých typech duševních poruch apod.). Yalom zdůrazňuje přípravu klientů jako prevence nevydařené terapie (1967. Typickým příkladem z historie psychoterapie je terapie narcistických osobností. Protože je Feud považoval za neschopné vytvářet přenos, nebyli běžně bráni do terapie. Teprve až selfpsychologický přístup H. Kohuta „rehabilitoval“ tento typ klientely a umožnil práci s takovými klienty.

V části E dotazníku (hlavní výzkumná otázka č.6) terapeuti uvádějí svůj nejvýznamnější nezdar a co jim pomohlo se s ním vyrovnat. Naše zjištění opět korespondují s výsledky výzkumů Deutschové (1984), Farbera a Heifetze (1982), Pekaríka (1985) aj., kteří se věnují otázkám dropoutu, nespokojenosti klienta v terapii, neproduktivní terapii, chování klienta apod. Některé významné nezdary, uváděné terapeuty se řadí do předních pozic stresorů na známé škále životních událostí Holmese a Raheho (suicidium, vyjádřená agrese). Deutschová (1984) srovnává svá a Farberova (1979) zjištění v oblasti nejvíce stresujících faktorů, a jde o velmi blízké fenomény. Deutschová uvádí suicidální prohlášení, vyjádření agrese vůči terapeutovi, opakovaně depresivního klienta, očividnou netečnost či nedostatečnou motivaci a klientův předčasný odchod z terapie. U Farbera jsou to suicidální myšlenky, agrese a hostilita, předčasný odchod z terapie, agitovaná úzkost, netečnost a deprese. Terapeuti-respondenti

našeho souboru tyto poznatky potvrzují. Tyto výsledky by mohli být inspirativní v oblasti vyučování psychoterapie, neboť jde o výzmnaně zátěžové situace.

U **vedlejší výzkumné otázky č. 1** jsme zjistili, že rozdíly v prožívání nezdaru se projevili u žen-terapeutek, kde naznačená signifikance (že ženy prožívají více obav a úzkostí při prožívání nezdaru než muži) může být otázkou genderu, ať již ve smyslu nižší hardiness či naopak ve smyslu vyšší „mateřské“ vnímavosti a péče. Na str. 17 textu zmiňujeme výzkum Deustchové, v němž se ukázalo, že ženy prožívají signifikantně více stresu než muži. Naznačený rozdíl by však potřeboval hlubší propracování, čím je dán rozdíl v prožívání nezdaru mezi terapeuty a terapeutkami.

Druhá oblast rozdílů byla mezi mladšími a staršími terapeuty: mezi nejrozšířenější strategie zvládání významných nezdarů patří problem-focused coping, resp. příklonové strategie, kam patří sociální opora u mladších terapeutů (intervize, supervize a pomoc kolegů a blízkých, či vlastní nebo výcviková terapie), u starších významně převládá vlastní orientace na řešení problému z vlastních zdrojů a s menší sociální oporou, což je pravděpodobně dáno zkušeností, vědomím vlastní self-efficacy a mistrovstvím, ale možná i vlivem psychické odolnosti (zjištěná reflexe a sebereflexe). Pokud budeme předpokládat, že starší a zkušenější terapeuti také více rozumí (klientovi, sobě, procesu terapie), je pravděpodobné, že supervizi a intervizi nebudou tak často užívat. Je známým klinickým faktem, že zatímco začínající terapeuti nemají problém najít supervizora, tak zkušení terapeuti a supervizoři ano. Jde pochopitelně o otázku profesionálního narcismu (bez negativního znaménka: mistr těžko hledá mistra, kterému by se svěřil do péče). I to je jeden z důvodů, proč starší terapeuti využívají více vlastních zdrojů (reflexe, sebereflexe, studium textů).

U **vedlejší výzkumné otázky č. 2** jsme nenašli v našem souboru významné rozdíly v prožívání odpovědnosti za úspěchy a nezmary v psychoterapii. Terapeuti svou odpovědnost prožívají nezávisle na odpovědnosti klienta, je to fenomén sám o sobě, a neliší se ani mezi sebou (tedy např. mezi terapeuty lékaři a nelékaři není statisticky významný rozdíl, který by vedl k úvahám na téma rozdílu mezi medicínským a hermeneuticko-humanistickým přístupem k léčbě. Nejistili jsme také, že by více absolvovaných výcviků ovlivnilo vnímání a prožívání nezdaru u terapeutů. Více výcviků sice může prohlubovat terapeutické mistrovství, ale pokud již dojde k situaci, že terapeut nezdar prožívá, bude na subjektivní úrovni znovu vystaven zátěži. Vedlejším výsledkem u této otázky je zjištění že 55% terapeutů s výcviky typu SUR volí další výcvik. Je otázkou, zda důvody jsou pozitivní a motivující

(otevření dveří dalšímu zájmu a vzdělávání), nebo zda jde o neuspokojené vzdělávací potřeby. Tato otázka by byla zajímavou pro další výzkum, neboť terapeutů SUR je u nás nejvíce.

Vedlejší výzkumná otázka č. 3 přináší důležité zjištění na téma „copingu smyslem. Naše výsledky jsou tak blízko existencialistickému pojetí, případně závěrům z výše uvedených výzkumů Pargamenta, Koeniga či Poloma a Pendltona (to, že se věřící může spolehnout na zdroj síly ze svého náboženského cítění, že víra je útěchou a nadějí). I když v opozici copingu smyslem stojí jen 7% terapeutů, jejich zdůvodnění jsou velmi zajímavá: zkušený kolega a supervizor zastává názor, že mravní a hodnotové soudy do terapie nepatří (neb jde o soudy, indoktrinace a vytváření či posilování závislosti klienta na autoritě terapeuta, což brání procesu separace a individuace), věřící kolega taktéž nechce klienty ovlivňovat svým vyznáním a zatěžovat proces jejich terapie. Nejde přitom o žádný radikalismus, protože oba skórují průměrné hodnoty na škále odpovědnosti našeho dotazníku, ale spíše o pojetí a filosofii psychoterapeutické práce jako takové. (Do budoucna by bylo důležité formulovat jasnější výzkumné otázky typu: popište, v kterých situacích a jakým způsobem Vám Vaše životní přesvědčení pomohlo v terapeutické situaci apod.).

Hypotéza H1 se nepotvrdila. Zdá se, že Odpovědnost a Svoboda v Existenciální škále je zásadně odlišným konstruktem, než odpovědnost za výsledek terapie, její úspěch či nezdar, prožívaná terapeutem či připisovaná klientovi. Původně jsme se domnívali, že skórování vysoké odpovědnosti bude spojeno s perfekcionistickými, idealizovanými obrazy terapeuta, a tedy i s větším vnímáním nezdaru. Předpokládali jsme také, že terapeuti, kteří skórují více na stupnici Svobody budou méně úzkostní, kontrolující a budou tedy i méně skórovat v otázkách odpovědnosti. Tento předpoklad se ukázal jako mylný či danými metodami neprokazatelný. Větším přínosem by byl v tomto bodě kvalitativní výzkum: již teď se nám ukázalo, že by mohl být kvalitativní rozdíl mezi některými směry, například PCA terapeuti, kteří jakoby neznali nezdar, neb jsou zastánci sebeaktualizující tendence na rozdíl od psychoanalytických terapeutů. Bohužel jsme neměli tak početný soubor, strata či clustery terapeutů, abychom tuto hypotézu mohli zkoumat z hlediska rozdílů mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry. Přesto to můžeme optimisticky dodat, že výsledky prožívané odpovědnosti nás naplňují dobrým pocitem.

V dalším obdobném výzkumu by bylo vhodnější zaměřit se na osobnostních charakteristiky terapeuta a typ výcviku.

Diskuse ke konceptuálnímu vymezení nezdaru.

Na počátku tohoto výzkumu stála otázka, jak vlastně psychoterapeuti prožívají nezdar, co pro ně vůbec nezdarem je a zda jsou nějaké ověřené strategie zvládání nezdaru, resp. prožívaného nezdaru. Profese psychoterapeuta je natolik specifická (jak říkají mnozí autoři, jde o léčbu vztahem a ve vztahu), že se pracuje nejen s tzv. objektivní, vnější realitou, ale zejména s tzv. realitou vnitřní, se subjektivním prožitkem vnějšího světa a vztahů, tím, jak člověk vnější realitu a svět kolem sebe vnitřně zpracovává, požívá a anticipuje. Z tohoto pohledu je i nezdar fenoménem, který je vnitřně prožíván jako skutečný i v situacích, kdy druhá strana či vnější pozorovatel nezdar nevnímá, ba i naopak. Abychom se neztratili v definicích a variantách možných nezdarů za různých okolností a podmínek, bylo třeba definovat prostor, v němž se budeme pohybovat. Proto jsme se pokusili vytyčit možné okruhy problémů, spojené s prožívaným nezdarem a poté ve třech postupných fázích (co terapeut při nezdaru cítí – co si myslí – co udělá) zmapovat a zachytit, jaké copingové zdroje a používané copingové strategie terapeutům pomáhají zvládat náročné, zátěžové situace, spojené s prožíváním nezdaru.

V naší práci je coping chápán a taktéž zachycován v identickém vymezení, jaké podává Šolcová a Lukavský (2006, s.149), kteří coping charakterizují jako *průběžně se odehrávající kognitivní, behaviorální a emoční snahy člověka zvládnout vnější a vnitřní nároky života ve světě*. Jako kritérium nezdaru jsme zvolili osobní, subjektivní zážitek – „prožívaný nezdar“ a jeho vlastní sebesouzení. Součástí těchto úvah byla hypotéza, že psychoterapeuti, kteří jsou zodpovědní, k sobě nároční, orientovaní na (bezchybný) výkon, s potřebou a nutností být bezchybní, perfektní a onipotentní (s vysoce vystavěným Egoideálem, přísným Superegem a křehkým či vratkým sebepojetím) budou pravděpodobně ohroženi větším rizikem prožívání nezdaru a hlubší intenzitou jeho prožívání. Na opačné straně pomyslného spektra pak stojí jejich kolegové, orientovaní více na svobodu jedince, kteří si chtějí řídit svůj život sami a dopřávající to i klientům, nepřebírají za ně vnitřně takový díl odpovědnosti, v jejich činech nehledají složité manévry nevědomých tendencí či konflikty nevědomých přání s jejich zákazy, jsou zastánci sebeaktualizující tendence, případně postoje „laissez-faire“: ti by měli zažívat nezdar mnohem méně často, ve svém extrému pak vůbec. Tento předpoklad se nám v hypotéze H1 nepotvrdil.

Diskuse k použité literatuře a pramenům

Orientace v literatuře na dané téma nebyla jednoduchá. Na téma nezdaru a prožívání nezdaru v psychoterapii existuje, slovy Deustchové (1984), pouze *hrstka* výzkumů, z nichž nám dostupné jsme uvedli. Pojetí prožívaného nezdaru jako náročné, zátěžové situace, při níž dochází k celému komplexu copingových reakcí a strategií (zahrnujících emocionální, kognitivní a behaviorální fenomény) nám otevřelo nové okruhy teoretických přístupů a úvah.

Lze namítnout, že výsledky výzkumu přímo neodkazují k některým představeným teoriím a konceptům. Je tomu tak, ale zároveň mohou vést k mnoha předpokladům a úvahám. Např. u terapeutů, kteří prožívají v situacích nezdaru pocity nekompetence, viny a rezignace lze uvažovat nejen o copingu zaměřeném na emoce, externím locus of control, protipřenosu (např. formou obranného mechanismu projektivní identifikace), ale perspektivně o burnout syndromu, nízké self-efficacy a posléze třeba i naučené bezmoci. Zároveň lze uvažovat o absenci prožívaného smyslu své práce, vysokém neuroticismu a chování typu D, potažmo stavech mysli (zaujatý či dezorganizovaný), do nichž sám terapeut může pod tlakem zátěže regredovat. Uvedené teorie a koncepty tedy nejsou cosi, co je s lineární kauzalitou vztaženo kdykoli k jakémukoli nezdaru. Zároveň však tyto poznatky tvoří širší referenční rámec, síť, která terapeutům umožňuje více porozumět sobě, psychoterapeutickému procesu i klientovi.

Námitkou jiného typu by byly vzájemné střety těchto koncepcí. Příkladem může být teoretický spor mezi Lazarusem a Zajoncem. Ten zpochybnil Lazarusovu tezi, že naše první reakce na zátěž jsou kognitivní (primary appraisal). Dle Zajonce jsou z hlediska evoluce emoce prvotnější než kognice (srovnej Plháková 2003, s.427-428). Podobným způsobem by se dalo věnovat každému příspěvku: naším cílem však byly ne spory koncepcí, ale jejich přínos pro orientaci se v málo popsané problematice.

Pokud byly prameny přímo dostupné, využívali jsme jich. Mnoho cenných odkazů k pramenům na téma copingu jsme našli v diplomových a disertačních pracích studentů a doktorandů zejména Psychologického Ústavu FF MU Brno (uvádíme v literatuře) a katedry psychologie FF UK Praha, v publikacích Experimentálního Ústavu SAV (Ruiselová, Ruisel), Československé psychologii (zejména autoři Blatný, Halama, Kebza, Šolcová aj.) a publikacích Výrosta a Slaměníka či J. Křivohlavého. Jiné literární zdroje jsme museli kupovat v internetových aukcích, což projekt poněkud prodražilo. Pokud nebyly prameny přímo

dostupné, uvádíme zdroje, z nichž citujeme. . U pramenů, které nám nebyli na internetové síti dostupné, jsme využívali pomoc zejm. doc. Šípka a kolegů. Literatura z oblasti psychoanalýzy je relativně dostupná přímo či skrze PEPWEB (internetových archiv IPA), k logoterapii či daseinsanalýze, resp. existenciální terapie je literatura taktéž dobře k dispozici již i v češtině, bylo však nutné se podrobněji seznámit nejen s ní, ale i s filosofií, ze které vychází.

Pokud jde o odbornou terminologii, tam, kde anglické termíny zdomácněly či nemají všeobecně přijímaný český ekvivalent ponechám originální verzi (*holding*, *attachment*, *coping*), v oblastech nejednotného překladu (*self-efficacy* jakožto sebeuplatnění i sebeúčinnost, *dropout* jako předčasně ukončená léčba či nedokončená léčba či odchod z terapie, *hardiness* jako odolnost či nezdolnost) radši ponechávám anglický název, případně odkazujeme na obě české verze). Ve většině textu užíváme termín klient, byť někdy míníme i pacienty nebo zdravé osoby.

Děkuji také A.Thériaultové a J.Pulfordovi za laskavou kolegiální pomoc s poskytnutím těžko přístupné literatury a svolením ke zveřejnění nepublikovaného textu.

Diskuse k metodologii výzkumného projektu

Tento projekt je mapující, přehledovou studií, která spíše hledá a pojmenovává možné problematické okruhy, než aby dávala jasné odpovědi a umožňuje nové, kvalifikovanější otázky (a to i přesto, že jsme ověřovali 1 hypotézu).

Výzkumný soubor nesplňuje požadavky reprezentativnosti ve dvou základních směrech:

- a) Nesplňuje požadavek reprezentativnosti vzhledem k základnímu souboru, jíž je množina všech psychoterapeutů ČR. Neznáme celou populaci, základní soubor, celkový počet psychoterapeutů v ČR, ba ani jeho základní charakteristiky, což je dáno legislativními podmínkami práce psychoterapeutů. Z výzkumu nevyplývá, zda psychoterapeuti, kteří dotazník vyplnili, jsou členy jediné zastřešující organizace pro psychoterapeuty dle stávající legislativy – České psychoterapeutické společnosti při ČLS. Ovšem i kdybychom věděli, zda jsou účastníci výzkumu členy ČPS, ještě to nic neříká o tom, zda jsou psychoterapeuti, zda mají výcvik, VŠ vzdělání a vykonávají psychoterapeutickou praxi. Na stránkách ČPS je uveden seznam psychoterapeutů,

který (k lednu 2010) čítá 81 kolegů pracujících ve zdravotnictví. Databáze IPVZ sice jistě obsahuje seznam psychoterapeutů, kteří jsou potvrzeni pro zdravotnictví, je však nepřístupná veřejnosti a navíc do výzkumného vzorku jsou zahrnuti i terapeuti mimo zdravotnictví. Nelze tedy než konstatovat, že přesnější odhad počtu psychoterapeutů ve zdravotnictví a mimo něj není znám, může se však pohybovat v řádu několika set odborníků. Vybrat reprezentativní vzorek je zhora nemožné. Navíc záměrně opomíjíme legalistickou diskusi typu: *kdo je vlastně psychoterapeut v ČR*, která dodnes není uspokojivě vyřešena, psychoterapie jako samostatný obor neexistuje.

- b) Zvolená metoda sběru dat snowball sampling s prvky záměrného (účelového) výběru neumožňuje pojímat výsledky jako reprezentativní již pro svou problematickou validitu a reliabilitu (Miovský 2006, s.132-135). Původně jsme uvažovali o realizaci stratifikovaného či trsového výběru dle jednotlivých psychoterapeutických směrů. Nepodařilo se nám však získat z portfolia uznávaných psychoterapeutických směrů srovnatelný, dostatečný a reprezentativní vzorek. Takovou práci by musel provádět větší tým výzkumníků, neboť je časově, finančně a odborně mimo možnosti jednotlivce, znamenala by také pravděpodobně participaci a zájem jednotlivých vzdělávacích institutů: tato otázka zůstává do budoucna otevřena. Proto jsme nakonec zvolili kombinaci metody sněhové koule a záměrného výběru. Sběr dat metodou sněhové koule má problematickou reprezentativnost: výsledný soubor je spjat s určitým referenčním rámcem, vazbami mezi členy vzorku, jejich sociálními a kulturními vazbami a extrapolace na celou vybranou populaci je tedy sporná.

Vzhledem k tomu, že nejreprezentativnější, tištěný Seznam psychoterapeutů, vydaný ČPS r.2002 obsahuje kolem 355 jmen, domníváme se, že našich 100 účastníků výzkumu částečně kompenzuje nedostatky reprezentativnosti a dovoluje některé obecnější úvahy, byť se počet terapeutů za 7 let jistě navýšil.

Je možné, že za lepších ekonomických podmínek a při použití jiných, specifitějších a standardizovaných metod (např. Tobinův inventář copingových strategií CSI(1984), Eysenckův osobnostní dotazník aj.) či postupů (stratifikovaný náhodný výběr) přinesl objektivnější, přesnější a hlavně reprezentativnější výsledky. Naše volba měla několik zásadních personálních limitací:

- výzkum byl financován z vlastních zdrojů, byl finančně velmi náročný (nakupování zahraniční literatury na internetových aukcích, placení statistika) a v posledních osmi měsících zabíral 1 pracovní týden v měsíci.

- v českém prostředí šlo o první studii tohoto typu, což mělo za následek učení se za pochodu a bloudění ve slepých uličkách, které práci komplikovali a časově protahovali

- do výzkumu vstupovaly emocionální (protipřenosové) a etické otázky: netroufali jsme si starším kolegům zadávat osobnostní dotazník, abychom je rovnou od výzkumu neodrazovali (aby neměli dojem, že jsou diagnosticky vyhodnocováni)

- k stratifikovanému výběru jsme bohužel nezískali dostatek zástupců jednotlivých terapeutických směrů.

Jednou z dalších námitek může být i otázka, zda volit kvantitativní či kvalitativní metodologii výzkumu. V dnešní době jsou v psychoterapii vyzdvihovány zejména kvalitativní, heuristické metodologie (přehled podává Srnec, 2006). Nejde však přitom jen o samotné zpracování výsledků, ale i o střet filosofí či ideologií. Disman (2008) vtipně komentuje co dělat, když chceme pozorovat to, co je *bezprostředně nepozorovatelné* když říká, že nám nakonec nezbyde stejně nic jiného, než se prostě zeptat a převést žitou skutečnost do měřitelných dat, byť za cenu jistého zkreslení. Oproti tomu stojí námitka fenomenologicko-hermeneutická, kdy např. Condrau (1998, s.256) považuje všechny kvantitativní výzkumy v psychoterapii za irelevantní, neb psychoterapie není přírodní, exaktní vědou, ale vědou společenskou, založenou na hermeneutickém výkladu. Podobná vyjádření Frankla či Yalomova uvádíme VIII. kapitole. V naší práci jsme chtěli původně zahrnout obě výzkumné strategie: kvantitativní vyhodnocení všech dat a kvalitativní zpracování části z nich. Náročnost získávání dat, nároky časové a nakonec i množství dat nás vedli k realizaci (zatím) pouze první, kvantitativní části.

Přesto se domníváme, že má zkoumaný soubor nakonec takové parametry, které umožňují obecnější úvahy: jde o 100 osob, z toho 55 žen, zastupujících 9 psychoterapeutických škol a směrů, kdy věkové rozpětí je od 25 do 65 let a délka praxe od 1 roku do 40let, s téměř všemi typy základních diagnostických okruhů při léčbě ambulantní i hospitalizaci umožňuje považovat získaná data za relativně věrohodná a spolehlivá již kvůli tomu, že terapeuti uváděli fenomény (emoce, myšlenky či situace), které rozhodně nebyly společensky žádoucí.

Diskuse k užitým metodám, jejich validitě a reliabilitě.

Vzhledem k subjektivní povaze zjišťovaných proměnných a získaných dat může být vznesena námitka validity a reliability. Při zkoumání nezdaru, jeho prožívání a strategií zvládání byly použity metody dotazníku a sebesposuzovací škály, resp. volné možnosti odpovědi formou self report metodologie, založené na vlastní výpovědi o sobě a proto je jejich výpovědní hodnota omezená. Jde mj. i o to, zda si je daný člen zkoumaného souboru schopen některé věci uvědomovat, zda odpovídají jeho teoretickému paradigmatu. Volili jsme proto všeobecně uznávanou terminologii a obecně přijímané teorie a koncepty. I tak však záleží na tom, zda si dotyčná osoba některé věci, na něž se ptáme, bude ochotna a schopna uvědomit, připustit, vypovědět a poskytnout k částečně veřejnému - byť anonymnímu - bádání. Svou roli zde může sehrát vnímaná sociální žádoucnost a Hawthornský efekt. Protože dotazník byl rozeslán také e-mailem, svou roli sehráli i nekontrolovatelné vnější proměnné, a samozřejmě i vztah k výzkumníkovi. zejména u neanonymních odpovědí: na jednu stranu to svědčí o velké otevřenosti mezi terapeuty i k takto citlivým tématům, na druhou stranu zde hraje roli právě téma sociální žádoucnosti a vazby s výzkumníkem.

Při konstrukci dotazníku jsme vycházeli z již zmiňovaného Schwartzova vymezení jak měřit zátěž a subjektivní fenomény (s. 68 textu): předložili jsme z literatury a praxe odvozený seznam možných nezdarů, otevřený k dalšímu doplnění. Účastníci výzkumu popsali konkrétní zátěžové situace s tím, jak je zpracovávali, popisovali své prožitky, myšlenky a chování v těchto situacích. Tímto způsobem jsme získali inventář možných nezdarů, jejich posouzení, různé varianty řešení a zvládání situací a které z nich jsou převažující.

Sám dotazník s vlastními výpověďmi o sobě může přinášet (přes výše zmíněné námitky) vysokou validitu sdělených informací, problematická je ovšem jejich reliabilitou. Proto jsme jako druhou metodu výzkumu zvolili Existenciální škálu ESK, standardizovanou na české podmínky. Doufali jsme, že bychom mohli korelovat výroky od odpovědnosti z dotazníku se stupnicí Odpovědnosti a Svobody z ESK (tedy hypotéza H1). Škála sama není výkonnostním testem, ale spíše sebesposuzovacím dotazníkem. Předpokládali jsme, že jí členové souboru spíše přijmou a že zároveň umožní – při korelaci – alespoň jakési úvahy o souběžné validizaci. Jelikož se hypotéza H1 nepotvrdila, není to zcela možné. Zároveň však můžeme na základě našich měření říci, že náš dotazník se stupnicí odpovědnosti skutečně měří, co měřit má a to v normálním rozložení. Domníváme se, že náš dotazník je i přesto sestaven tak, že se můžeme opírat o tzv. face validity. Rovněž v otázce reliability, přes všechny problémy, se

domníváme, že rozsah zkoumaného souboru a jeho charakteristiky (zejména pohlaví, vzdělání a délka praxe) nám umožňují hovořit o relativně spolehlivých údajích.

Z hlediska zkoumání copingových strategií by bývalo bylo vhodnější použít Tobinův CSI, který dělí zvládací strategie dle Lazarusova dělení na příklonové a odklonové, a obě tyto kategorie dále dělí na postupy orientované na emoce nebo na řešení problému. Zde bychom však nedosáhli našeho originálního tříetapového zkoumání copingu, kdy krok za krokem sledujeme, co terapeut cítí, co si myslí a co udělá ve třech různých situacích. Velmi jednoduché a elegantní by bylo použití Eysenckova EOD, který je výzkumníky (Blatný a kol.) často užíván. Ovšem to jsme v případě výzkumů „u kolegů“ odmítli z již popsanych důvodů. Přínosné by bylo i využití metod, zkoumajících obě strany procesu, terapeuta a klienta. To umožňuje např. škála Tauschových a Truaxe, kde chování terapeuta může sledovat a hodnotit sám klient. V takovém případě by ale šlo spíše a je otázkou, zda bychom získali vůbec dostatečný počet respondentů. Navíc by se jednalo o komplikovaný etický problém pro všechny strany (terapeut, klient, výzkumník).

Na tomto místě diskuse chceme zdůraznit, jak dalece nás překvapila upřímnost mnohých kolegů, kteří se svěřovali se svým emocionálním zápasem při zvládání nezdaru, např. v situacích, kdy museli zvládnout suicidium klienta či jeho agresivní výhrůžky, očerňování v médiích a pochyby o svých schopnostech.

Diskuse k teoretickému a praktickému využití studie.

Předkládaná výzkumná studie přináší nové poznatky v oblasti u nás dosud výzkumně nezmapované: fenomenu nezdaru a jeho prožívání a zvládání u psychoterapeutů. Snažili jsme se jít krok za krokem, od nabídnutí neuzavřeného inventáře-katalogu možných nezdarů, který byl otevřen k dalšímu rozšíření, přes reflexi vnitřních, emocionálních prožitků a jejich kognitivní zpracovávání až po výběr praktického řešení situace. Domníváme se, že získané výsledky umožňují uvažovat kvalifikovaněji o dalších otázkách, nárocích a předpokladech psychoterapeutické práce a profese a lze je posuzovat a využít v několika ohledech:

- a) V pregraduální výuce studentů a ve výukových a výcvikových programech psychoterapeutických institutů, a to zejména pro zkvalitnění přípravy nastávajících terapeutů
- b) Při zkoumání specifík psychoterapeutické profese, mapování rizikových oblastí psychoterapeutické péče a hledání optimálních copingových strategií pro praxi a hledání vztahu mezi odpovědností, nezdarem a osobnostními charakteristikami.

- c) Pro účely sebereflexe a introspekce psychoterapeutů
- d) Jako mapující a pilotní studii pro podnícení dalších, cílenějších a kvalifikovanějších výzkumů na poli psychoterapie v ČR

Diskuse k možnostem dalšího rozpracování studie

Přes všechny nesnáze spojené s realizací a vyhodnocováním výzkumu jsme si vědomi množství shromážděného materiálu a dat, která naznačují a otevírají možnosti dalšího zpracování. Ačkoli není výzkumný soubor reprezentativní vzhledem k souboru základnímu, přináší cenné možnosti zejména pro výzkum kvalitativní. Mnohé položky dotazníku jsou tvořeny poloprojektivními výroky a tvrzeními terapeutů a jde svým způsobem o řízené interview. Zejména slovní vyjádření terapeutů na otázku, jak vnímají svou a klientovu odpovědnost za úspěch či nezdár poskytované psychoterapie jsou cenným a kvantitativní metodologií až příliš redukovaným ziskem tohoto výzkumu.

Již v tuto chvíli jsme rozhodnutí využít získaných dat a zkušeností k dalšímu, navazujícímu výzkumu. Na jedné straně je tu možnost využít získaných dat k dalšímu zkoumání kvalitativní metodologií. Jinou verzí by bylo využít získaných zkušeností pro zcela nový výzkum, rovněž kvalitativní, s omezeným počtem účastníků, kde by šlo o přímé srovnání začínajících a zkušených terapeutů. Přínosné by bylo najít způsob, jak oslovit samotné uživatele terapie – klienty – a porovnat výsledky dosažené u terapeutů a klientů. Zejména vymezení toho, co každá z obou stran procesu vnímá jako nezdár a jak s ním zachází přímo v terapeutickém vztahu by mělo praktický přínos pro vzdělávání začínajících psychoterapeutů.

Zajímavé by bylo zkusit oslovit ČPS s návrhem na výzkum, který by přece jenom stratifikovaným či trsovým projektem zkoumal rozdíly mezi terapeuty různého věku, pohlaví a směru, a to nejen v otázkách odpovědnosti, svobody a prožívání nezdaru.

XIV. ZÁVĚR.

V předkládané studii jsme se snažili najít odpovědi na otázky, spojené s terapeutovým prožíváním nezdaru v psychoterapii a jeho zvládáním. Tato oblast je stále nedostatečně zmapována, přestože je nezdár stále přítomnou, byť nežádoucí součástí psychoterapie.

Pomocí dotazníkové metody a při použití kvantitativní metodologie vyhodnocování dat jsme na souboru 100 psychoterapeutů zkoumali, jak prožívají nezdár ve své praxi a jaké strategie jim ho pomáhají zvládat. Dosažené výsledky nám umožňují dojít závěrům, že:

- 1) Jako nezdár hodnotí většina terapeutů ty důsledky či fenomény spojené s psychoterapií, které jdou proti jejímu smyslu, kterým je léčba, pomoc a podpora a rozvoj osobnostního. Zároveň jde o situace, kdy terapeut zažívá nezdár a selhání ve své profesionální roli a tyto situace jsou natolik univerzální, že jsou imanentně součástí sebehodnocení většiny terapeutů: jde o suicidium, přetrvávající zhoršení či zhoršení v terapii v biopsychosociálních dimenzích, případně ukončení terapie proti mínění terapeuta. Mezi terapeuty není v hodnocení těchto situací rozdíl dle pohlaví, věku ani vzdělání.
- 2) Na emocionální a duševní úrovni je nezdár prožíván jako zátěžová situace. V první fázi je spojen s intenzivními negativními, subjektivně prožívanými pocity: vztekem a agresí, obavami a úzkostí, lhostostí a smutkem, rezignací a bezmocí, spolu s pocity viny a pochyb o sobě a smyslu vlastní práce. Intenzita prožívaných pocitů u terapeutů se liší dle toho, komu je připisována odpovědnost za nezdár (terapeutovi, klientovi či okolí). Rozdíly mezi účastníky výzkumu byly zjištěny dle pohlaví a věku: ženy-terapeutky mají tendenci prožívat více úzkosti a obav než muži, mladší terapeuti zažívají významně intenzivněji pocit bezmoci než terapeuti starší a častěji volí strategie supervize a intervize, zatímco starší terapeuti častěji využívají strategie reflexe a sebereflexe oproti supervizi a intervizi.
- 3) Nejpoužívanějšími kognitivními strategiemi, kterými terapeuti vyhodnocují situaci v případě nezdaru jsou orientace na vztah, orientace na proces, reflexe a sebereflexe, z negativních inhibujících strategií je to znejištění a sebekritika. Defenzivní strategie kognitivního úniku či popření jsou zastoupeny minimálně a jde pravděpodobně o osobnostní problematiku dotyčného terapeuta, ne však o obecný styl terapeutické práce. Neprokázali jsme rozdíly ve volbě strategií, které by byly dány pohlavím, věkem, vzděláním či praktikovaným psychoterapeutickým směrem.
- 4) V následném konání či chování terapeuti nejčastěji využívají strategií reflexe a propracování, probrání problému přímo s klientem přímo v terapii a sociální oporu (intervize, supervize, kolegové) v případech, že příčiny nezdaru přisuzují sobě. V případě, že důvody nezdaru připisují klientovi či okolí, významně klesá užití sociální

opory, terapeuti se spoléhají více na vlastní zdroje (reflexe, probrání problému s klientem); pokud vidí příčinu nezdaru ve vnějších vlivech, zaměřují se více na ochranu procesu a bezpečí v terapeutické situaci, upravují podmínky terapie. Opět lze tedy říci, že převažuje strategie orientace na problém. Zjistili jsme, že mladší kolegové se v situaci nezdaru více obrací k sociální opoře (intervize, supervize, kolegové, vlastní terapie), zatímco starší kolegové se více spoléhají na vlastní zdroje (reflexe).

Body 2, 3 a 4 na sebe přímo navazují a dotazník byl konstruován tak aby zkoumal právě tyto tři copingové sekvence (emoce, kognice a konace). Zjistili jsme, že terapeuti po prvotním vyhodnocení a zvládnutí emoční zátěže používají více produktivní, aktivní strategie, spojené s orientací na problém a vyhledávání sociální opory, v minimální míře strategie defenzivní strategie popření a úniku. Ve srovnání s rozdělením, které používá Tobinův inventář strategií zvládnutí (CSI) je specifikem terapeutů, že při negativních emocích neuvádějí odklonové, ale příklonové strategie. Tento poznatek je potřeba dále výzkumně ověřit a prozkoumat, případně srovnat s jinými profesemi.

- 5) Důvody nezdaru, pokud je terapeut přisuzuje sobě, nachází v nedostatečném technicko-profesionálním vybavení (vzdělání, erudice, informace), protipřenosových fenoménech v užším či širším slova smyslu (nedostatečné vyladění), případně nezpracovaných osobnostních charakteristikách (omnipotence, grandiozita). Pokud jde o klienta, jsou jako nejčastější důvody nezdaru uváděny nedostatečná motivovanost, strach ze změny, vážnost klientových potíží spolu s jejich projevy a nereálná očekávání.
- 6) Nejvýznamnější a nejintenzivnější nezdary, které terapeuti zažili, jsou spojeny s neproduktivní terapií, klientovou (verbální) agresí, dropoutem či suicidiem. Suicidium má sice (pochopitelně) nižší četnost výskytu, ale ve spojení s výzkumnou otázkou č. 1 se ukazuje jako nejintenzivnější stresor. Nejúčinnějšími copingovými strategiemi jsou sociální opora (intervize, supervize, kolegové, vlastní terapie), reflexe a sebereflexe.
- 7) Mezi prožíváním odpovědnosti za nezdar či úspěch psychoterapie a Odpovědností a Svobodou dle Škály ESK jsme neprokázali žádnou závislost. Škála ESK měří jiný,

specifický, existenciálně laděný konstrukt, v našem případě však nekoreluje s praktickou terapeutickou odpovědností.

- 8) Hodnotový systém, přesvědčení a/či víra jsou důležitým copingovým zdrojem pro 93% terapeutů. Pomáhají unést složité situace zátěže a nezdaru, často tím, že jsou v kontrastu k omnipotenci a grandiozitě, pomáhají snášet životní relativitu a omezení lidského života, úspěchu i nezdaru.

Získané poznatky byly metodologicky a psychologicky zkoumány a interpretovány, a umožnily nám zodpovědět některé otázky. Mnohem více nám však otevírají otázky nové. Nelze je považovat za definitivní a ani všechny možnosti získaného materiálu nebyly dosud plně výzkumně využity.

Téma nezdaru je v psychoterapii pojednáváno velmi specificky: veřejnost (jak jinak) očekává úspěšnost terapie, studium v rámci VŠ i samotného výcviku je průpravou k dobře vykonávané práci. Málokteré formy vzdělávání, ať již pregraduálního, či psychoterapeutických tréninků, však explicitně, věcně a se zaujetím pojednávají o neúspěších či nezdarech. Zčásti je to pochopitelné – většina autorů se snaží prezentovat svou kompetenci a schopnosti a nechce se vystavit předpokládanému zahanbení.

Mladí a začínající psychoterapeuti jsou mnohdy vzděláváni dobře míněnými, ale zároveň vznešenými, idealizujícími imperativy o tom, jací mají být: empatictí, bezpodmínečně přijímající, autentictí, transparentní apod. Zároveň jsou však problémy, plynoucí z těchto idealizovaných nároků málo diskutovány a reflektovány. Prostor k tomu se ponejvíce otvírá ve vzdělávacím procesu psychoterapeutických institutů (ať už v tréninkové terapii, teorii či supervizi) a nebo – a to bohužel – až když je pozdě. Ale i v tom je naděje, neboť staré přísloví, že chybami se člověk učí, je stále platné. Učení se z vlastních omylů a chyb je nevyhnutelné, a ten, kdo žádné své chyby nereflektuje, je potenciálně nebezpečnějším terapeutem než ten, který o svých slepých místech ví a může se z nich poučit. To sděluje i starší a zkušenější terapeut začínajícím kolegům: „*Totální mistrovství v umění psychoterapie nelze nikdy trvale dosáhnout. Chyby jsou nevyhnutelné, ale je potřeba je vidět spíš jako příležitosti se učit než jako základ pro sebeobviňování....*”(Kovitz, 1998, s.105). Doufáme, že předložená studie alespoň zčásti k tomuto procesu učení pomůže.

Na úplný závěr je třeba zdůraznit, že v našem výzkumu jsme se při zkoumání nezdaru primárně a explicitně věnovali zejména negativním pocitům terapeutů a tomu, jak tyto pocity

zvládají. Kromě uvedených výsledků a hypotéz je však mimo vší pochybnost, že ve své práci s klienty zažívají psychoterapeuti pocity satisfakce, radosti a smyslu, zvláště pokud jim tato práce přináší naplnění a úspěch. Byť jsme tuto dimenzi psychoterapeutické práce nezkoumali, předpokládáme, že právě ona patří mezi základní prameny (a copingové zdroje) psychoterapeutické práce a při zvládání nesnází, strastí a nezdarů, s kterými je tato práce spojena.

Seznam použité literatury.

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., Teasdale, J.: Learned helplessness in humor: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 1978, 49-74
- Ainsworth, M.D.S.: The development of infant-mother interaction among the Ganda. In: BM Foss (Eds.): *Determinant of Infant Behavior*, Vol.2, 67-112. New York, Wiley 1963
- Ainsworth, M.D.S. et al: *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Allport, G.W., Ross, J.M.: Personality religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 1967, 432-443
- Amirkhan et al.: Extraversion: A „hidden“ personality factor in coping? *Journal of Personality*, 63, 1995, 189-212
- Anthony, N.A.: A longitudinal analysis of experience on the therapeutic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 1967, 512-516
- Antonovsky, A.: *Health, Stress, and Coping*. San Francisco, Jossey-Bass 1979
- Antonovsky, A.: *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, Jossey-Bass 1987
- Atkinson, R. a kol.: *Psychologie*. Praha, Portál 2003
- Bačová, V.: Možnosti zisťovania osobnej identity: metodika index. *Československá psychologie*, 42, 1998, 5, 449-460
- Baekeland, F., Lundwall, L.: Dropping out of treatment. A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 1975, 738-783
- Bakal, D.A.: *Psychology and health*. New York, Springer Publ. Corp. 1992
- Balcar, K.: *Logoterapie a existenciální analýza V.E. Frankla*. Psychoterapeutické sešity č. 29, Praha, Institut Psychoterapie 1989
- Balcar, K.: *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim, Mach, 1991
- Balint, M.: *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha, Grada 1999
- Bandura, A.: Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37, 1982, 2, 122-147
- Baštecká, B., Godman, P.: *Základy klinické psychologie*. Praha, Portál 2001
- Baumgartner, F.: Sebamonitorovanie a jeho posobenie na poznávanie interpersonálnych situácií. *Československá psychologie*, 35, 1991, 385-394
- Baumgartner, F.: Zvládanie stresu – coping. In Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II (191-208)*, Praha. Grada 2001
- Blatný, M., Osecká, L.: Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládání. *Československá psychologie*, 42, 1998, 385-394

- Blatný, M.: Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojenosti: mezipohlavní rozdíly. *Československá psychologie*, 45, 2001, 5, 385-392
- Blatný, M., Kohoutek, T.: Situačně kognitivní a osobnostní determinanty chování v zátěžové situaci. *Československá psychologie* 46, 2002, 2, 97-108
- Bowlby, J.: *Attachment and Loss, Vol.1: Attachment*. London, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis 1969
- Bratská, M.: *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo Príprava na život*. Bratislava, Práca 2001
- Broža, J. (Ed): *Supervize v adiktologické praxi*. Praha, Triton 2008
- Bruchová, H.: *Základy psychoterapie*. Praha, Triton 1999
- Buchtová, B.: Sociální psychologie nezaměstnanosti. In: Výrost, J., Slaměník, I.(Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II* (81-112), Praha, Grada 2001
- Buckley, P., Karasu, T.B., Charles, E.: Common Mistakes in Psychotherapy. *Am. Journal of Psychiatry*, 136, 1979, 12, 1578-1580
- Condrau, G.: Sigmund Freud a Martin Heidegger. *Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Praha, Triton 1998
- Coufalová, B.: *Profesní zátěž u policistů a její zvládnání*. Diplomová práce. PÚ FF MU, Brno 2007
- Čálek, O.: Příspěvek k pojetí fenomenologie v psychologii a psychoterapii. *Československá psychologie*, 47, 2003, 1, 1-7
- Daniel, J.: Zátěž alebo stres? In: Lovaš, L. – Výrost, J.(Eds.): *Stratégie správania v náročných životných situáciách*. Košice. SvÚ SAV, 1997, 12-15
- Daniel, J.: *Psychická zátěž v laboratorných a terénnych podmienkách*. Bratislava, Veda 1984
- De Sole, D. et al.: Suicide and role strain among physicians. *Přednáška na kongresu APA*, Detroit 1967
- Deustch, C.J.: Self-Reported Sources of Stress Among Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 1984, 6, 833-845
- Deutsch, C.J.: A survey of therapist personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 1985, 305-315
- Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha, Nakladatelství Karolinum 2008
- Edwards, J.R.: The determinants and consequences of coping with stress. In Cooper, C.L., Payne, R.(Eds.). *Cause, coping and consequences of stress*. John Wiley 1988, 233-263
- Ekstein, R., Wallerstein, R.S.: *Výučba a výcvik v psychoterapii*. Bratislava, Veda 1993
- Elkind, S.N.: *Resolving Impasses in Therapeutic Relationship*. New York, Guilford Press 1992
- Entralgo, P.L.: *Nemoc a hřích*. Praha, Vyšehrad 1995

- Erikson, E.: Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha, Nakladatelství Lidové Noviny 1999
- Erikson, E.: Dětsví a společnost. Praha, Argo 2002
- Eysenck, H.J.: The effects of psychotherapy. An evaluation. Journal of Consulting Psychology, 16, 1952, 310-324
- Farber, B.A., Heifetz, L.J.: The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. Professional Psychology, 12, 1981, 5, 621-630
- Farber, B.A., Heifetz, L.J.: The process and dimensions of burnout in psychotherapists. Professional Psychology, 13, 1982, 2, 293-301
- Ficková, E.: Determinanty zvládania stresu: I. Teoretické prístupy. Československá psychologie, 37, 1993a, 37-46
- Ficková, E.: Determinanty zvládania stresu: II. Metodologické problémy. Československá psychologie, 37, 1993b, 129-138
- Fiester, A.R., Rudestam, K.E.: A Multivariate Analysis of the Early Dropout Process. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 1975, s.528-535
- Flejšmanová, K.: Obtížná terapie. Co terapeuti považují za obtížné při psychoterapii. Diplomová práce. Kat.psych. FSS MU, Brno 2008
- Fonagy, P., Target, M.: Psychoanalytické teorie. Praha, Portál 2005
- Ford, E.S.C.: Being and Becoming a Psychotherapist: The Search for Identity. Am. Journal of Psychotherapy, 17, 1963, 472-473
- Foucault, M.: Psychologie a duševní nemoc. Praha, Horizont 1971
- Fromm, E.: Psychoanalýza a náboženství. Praha, Aurora 2003
- Frankl, V.E.: The Will to Meaning. Foundations and Applications of Logotherapy. New York 1969
- Frankl, V.E. : Vůle ke smyslu. Brno, Cesta 1994
- Frankl, V.E.: Lékařská péče o duši. Brno, Cesta 1995
- Frankovský, M: Stratégia správania v náročných životných situáciách. In: Výrost, J., Slaměník, I.(Eds.), Aplikovaná sociální psychologie (209-225), Praha. Grada 2001
- Freud, S.: Vybrané spisy II-III. Praha, Avicenum a Universe, 1993
- Freud, S.: Sebrané spisy, svazek č.7. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1999
- Freud, S.: Sebrané spisy, svazek č. 8. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1997
- Freud, S.: Sebrané spisy, svazek č. 13. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1999
- Feud, S.: Sebrané spisy, svazek č. 16. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1998
- Freudová, A.: Já a obranné mechanismy. Praha, Portál 2005
- Fromm-Reichmannová, F.: Principy intenzivní psychoterapie. Praha, Triton 2003

- Fromm, E.: Mít, nebo být. Praha, Aurora 2001
- Fromm, E.: Psychanalýza a náboženství. Praha, Aurora 2003
- Goin, M.K., Kline, F.: Countertransference: A Neglect Subject in Clinical Supervision. Am.Journal of Psychiatry, 133, 1976, 1, 41-44
- Halama, P.: Teoretické a metodologické přístupy k problematice zmyslu života. Československá psychologie, 44, 2000, 3, 216-236
- Halama, P. a kol.: Existenciálně a spirituálně koreláty mentálního zdraví u běžné populace a psychiatrických pacientů. Československá psychologie, 54, 2010, 1, 42-57
- Havrdová, Z., Hajný, M.: Praktická supervize –průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha, Galén 2008
- Hawkins, P., Shohet, R.: Supervize v pomáhajících profesích. Praha, Portál 2004
- Hayesová, N.: Základy sociální psychologie. Praha, Portál 1998
- Hellman, I.D., Morrison, T., Abramowitz, S.: The stresses of psychotherapeutic work: A replication and extensit. Journal of Clinical Psychology, 42, 1986, 1, 197-205
- Heidegger, M.: Bytí a čas. Praha, Oikúmené 1996
- Heider, F.:The psychology of interpersonal relations. New York, Wiley 1958
- Heimann, P.: On Counter-Transference. Int. Journal of Psycho-Analysis, 31, 1950, 81-84
- Hendl, J.: Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat. Praha, Portál 2004
- Hendl, J.: Kvalitativní výzkum. Praha, Portál 2005
- Hill, J.A., Howard, K.I., Orlinsky, D.E.: The therapist's experience of psychotherapy: Some dimensions and determinants. Multivariate Behaviour Research, 1970, 5, 435-451
- Hiršová, M.: Vztahový rámec zkoumání osobnosti studentů manažerských oborů. Doktorská disertační práce. PÚ FF MU, Brno 2006
- Havinka, P.: Daseinsanalýza. Setkání filosofie s psychoterapií. Praha, Grada 2008
- Hladký, A. a kol.: Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Praha, Karolinum 1993
- Holmes, T.H., Rahe, R.H.: The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research 4, 1967, 213-218
- Hošek, V. : Psychická odolnost při neúspěšné činnosti. Praha, Karolinum 1997
- House, J.S.: Work stress and social support. Reading, MA, Addison-Welsey 1981
- Howard, K.I., Orlinsky D.E., Hill, J.A.: The Therapists Feelings in the Therapeutic Process. Journal of Clinical Psychology, 83, 1969, 83-89
- Chalierová, C: Židovská jedinečnost a filosofie. Praha, Ježek 1993
- Chessick, R.D.: Why Psychotherapists Fail. New York, Science House 1971

- Janoušek, J.: Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*, 36, 1992, 385-398
- Johnson, E. et al.: Counselling self-efficacy and counselling competence in prepracticum training. *Counsellor Education and Supervision*, 28, 1989, 205-218
- Kebza, V.: Sociální psychologie zdraví. In: Výrost, J., Slaměník, I.(Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II* (19-35), Praha. Grada 2001
- Kebza, V., Šolcová, I.: Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, 42, 1998, 429-448
- Kebza, V., Šolcová.: Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie*, 54, 2010, 1,s.1-16
- Kernberg, O.: Notes on Countertransference. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 1965, 13, 38-56
- Kline, F.: Dynamics of a leaderless group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 22,1972, 234-242
- Kolaříková, O.: Psychologie náboženství. *Revue pro religionistiku. Česká spol. pro studium náboženství Brno* 4, 1996, 1,3-16
- Koss, M.P.: Lenght of psychotherapy for clients seen in priváte practice. *Journal of Consulting and Clinical Psyhcology*, 47, 1979, 210-212
- Kováčová, E.: Zvládanie závažových situácií a tvorivé výkony vysokoškolákov. In Ruiselová, Z, Ficková, E.(Eds.),*Zvládanie závažových situácií II*. Bratislava, Ústav experimentálnej psychologie SAV 1994
- Koenig, H.G.: *The Healing Power of Faith*. New York, Simon and Schuster 1999
- Kovitz, B.: To a Beginning Psychotherapist: How to Conduct Individual Psychotherapy. *Am. Journal of Psychotherapy*, 52, 1998, 1, 103-115
- Kratochvíl, S.: *Základy psychoterapie*. Praha, Portál 2002
- Křivohlavý, J.: *Jak zvládat stres*. Praha, Grada 1994
- Křivohlavý, J: *Jak neztratit nadšení*. Praha, Grada-Avicenum 1998
- Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha, Portál 2001
- Lazarus, R.S., Folkman, S.: *Stres, appraisal and coping*. Springer, New York 1984
- Laengle, A., Orgler, C., Kundi, M.: *ESK-Existenciální škála*. Praha,Testcentrum 2001. Překlad a úprava K. Balcar.
- Lukasová, E.: Logo-Test. Zkouška k měření „prožívané smysluplnosti“ a „existenciální frustrace“. Chrudim, Mach 1992. Převodl a zpracoval K. Balcar.
- Lovaš, L.: Sociálna psychológia násilia. In: Výrost, J., Slaměník, I.(Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II* (129-141), Praha. Grada 2001
- Lucasová, E.S.: *Logo-test*. Chrudim, Mach 1992

- Machač, M., Macháčová, H.: Rezervy výkonnosti. Stres. Hypnosugesce. Autoregulace. Praha, Karolinum 1991
- Maslach, C.: The klient role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 34, 1978, 11-124
- Maslach, C., Jackson, S.E.: *Maslach Burnout Inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, Consulting Psychologists Press 1986
- Maslow, A.: Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 50.1943, 370-396
- May, R.: *Láska a vůle*. Praha, Pragma 2007
- Maier, S.F., Seligman, M.E.P.: Learned helplessness theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology*, 105, 1976, 3-46
- McCrae, R., Costa, P.: Personality, coping and coping effectiveness in adult sample. *Journal of Personality*, 54, 1986, 385-405
- Mearns, D.: Counsellors' experience of failure. In Mearns, D., a Dryden, W. (Eds.). *Experiences of counseling in action*. 80-143. Thousand Oakes: Sage
- Mikšík, O.: *Úvod do psychologické metodologie II*. Praha, SPN 1986
- Millová, K., Blatný, M., Kohoutek, T.: Osobnostné aspekty zvládania záťaže. *E-psychologie, elektronický časopis ČMPS*, 2, 2008, 1
- Mioviský, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, Grada 2006
- Mitchell, S.A., Blacková, M.J.: *Freud a po Freudovi*. Praha, Triton 1999
- Novotný, J.S.: Resilience dnes: teoretické koncepce, nedostatky a implikace. *Československá psychologie*, 54, 2010, 74-87
- Orlinsky, D.E., Howard, R., Hill, J.A.: Conjoint psychotherapeutic experiences: Some dimensions and determinants. *Multivariate Behaviour Research* 10, 1975, 4, 463-477
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I.: The therapist's experience of psychotherapy. In Gurman, A.S. a Razin, A.M. (Eds.). *Effective psychotherapy: A handbook of research*, 566-589. Oxford, Pergamon Press 1977
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I.: The psychological interior of psychology: Explorations with the therapy session report. In Greenberg, L. a Pinsof, W. (Eds.). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. 477- 501, New York, Guilford Press 1986
- Ormont, L.R.: *The Group Therapy Experience. From Theory to Practice*. New York, St. Martin's Press 1992
- Pargament, K.I., a kol.: Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion* 27, 1988, 1, 90-104
- Pargament, K.I.: *The psychology of religion and coping*. New York, Guilford Press 1997
- Pargament, K.I.: The psychology of religion and spirituality? Yes and No. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 1999, 1, 3-16

- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Perez, L.M.: The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 2000, 4, 519-544
- Patočka, J.: *Evropa a doba proevropská*. Praha, Lidové Noviny 1992
- Pearlin, L.I., Schooler, C.: The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1978, 2-21
- Pekarik, G.: Coping With Dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*. 16, 1985, 1, 114-123
- Plháková, A.: *Učebnice obecné psychologie*. Praha, Academia 2003
- Pouzarová, J.: *Strategie zvládání stresu a osobní nezdolnost u nezaměstnaných*. PÚ FF MU, Brno 2009
- Pulford, J., Adams, P., Sheridan, J.: Therapists Attitudes and Beliefs Relevant to Client Dropout Revisited. *Community Mental Health Journal*, 44, 2008, 3, 181-186
- Rappaport, A.: How Psychotherapy Works. The Concepts of Control-Mastery Theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, 8(2), 2002, 10-14
- Rotter, J.B.: Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 1975, 56-67
- Ruiselová, Z. a kol: *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava 2006
- Ruiselová, Z., Ficková, E.: *Poznávaní a zvládání zátěžových situací II*. Ústav experimentální psychologie SAV, Bratislava 1994
- Růžička, J.: *Péče o duši v perspektivách psychoterapie*. Praha, Triton 2003
- Rycroft, Ch.: *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1993
- Řehulková, O., Blatný, M., Osecká, L.: Adolescents' coping styles: A relation to the temperament. *Studia Psychologica*, 37. 1995, 3, 159-161
- Říčan, P.: *Psychologie náboženství*. Praha, Portál 2002
- Říčan, P.: Spiritualita jako klíč k osobnosti a lidským vztahům. *Československá psychologie*, 50, 2006, 2, 119-137
- Říčan, P.: *Cesta životem*. Praha, Portál 2004
- Saic, M.: *Protipřenos v psychoanalýze*. Praha, Triton 2005
- Seligman, M.E.P., Maier, S.F.: Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1967, 1-9
- Seligman, M.E.P.: *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, Freeman 1975

- Serban, G.: Freudian Man vs. Existential Man. The Spirit of the Age in the Formulation of the Concept of Man in Modern Psychiatry. *Archive of General Psychiatry*, 17, 1967, 598-607
- Schmidbauer, W.: *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha, Portál 2000
- Schwartz, J.E., Neale, J., Marco, C., Shiffman, S.S., Stone, A.A.: does trait coping exist? A momentary assessment approach to the evaluation of traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1999, 360-369
- Siegel, D.J.: *The Developing Mind*. New York – London, Guilford Press 1999
- Snyder, C.R. (Ed.), *Coping: The Psychology of What Works*. New York, Oxford University Press 1999
- Spitz, H.I., Kass, F., Charles, E.: Common Mistakes Made in Group Psychotherapy Beginning Therapists. *Am. J. Psychiatry*, 137, 1980, 12, 1619-1621
- Srnc, J.: *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha, PVŠPS 2006
- Strupp, H.: Psychotherapy research and practice. An overview. In: Garfield, S.L. a Bergin, A.E. (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3-22. New York: Wiley 1978
- Stríženec, M.: Psychologické aspekty spirituality. *Československá psychologie*, 45, 2001, 2, 118-126
- Stríženec, M.: *Psychológia náboženstva*. Ústav experimentálnej psychologie SAV, Bratislava 1994
- Suls, J., David, J.P., Harvey, J.H. : Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64, 1996, 4, 711-735
- Sydow, K., Reimer, C.: Attitudes toward Psychotherapists, Psychologists, Psychiatrists and Psychoanalysis. A meta-content analysis of 60 Studies Published between 1948 and 1995. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 1998, 4, 463-468
- Šebek, M.: Účinnost psychoanalýzy. *Revue psychoanalytické psychoterapie*, 3, 2002, 2
- Šindelářová, M.: *Stabilita způsobů zvládání zátěžových situací*. Diplomová práce. PÚ FF MU, Brno 2006
- Široký, H.: *Meze a obzory psychoanalýzy*. Praha, Triton 2001
- Šolcová, I., Kebza, V.: Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Československá psychologie*, 42, 1998, 13-41
- Šolcová, I., Kebza, V.: Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 43, 1999, 1, 19-38
- Šolcová, I., Lukavský, J.: Dotazník proaktivního zvládání životních nároků. *Československá psychologie* 50, 2006m 2, 148-162
- Thériault, A., Gazzola, N.: Feelings of incompetence among experienced clinicians: A substantive theory. *European Journal of Qualitative Research in Psychotherapy*, 3, 2008, 19-29

- Thériault, A., Gazzola, N.: Feelings of incompetence among experienced clinicians: A substantive theory. University of Ottawa. Cele nepublikovaná disertace
- Tillich, Paul: Odvaha být. Brno, Centrum pro studium demokracie a kultury 2004
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V.C.: User's manual for the coping strategies inventory. Ohio, 1984
- Vaillant, G.E., Sobowale, N.C., McArthur, C.: Some psychological vulnerabilities of physicians. N. Engl. Journal of Medicine, 287, 1966, 745-748
- Valentiner, D.P., Holahan, C., Moos, R.: Social support, appraisals of event controllability, and coping: an interactive model. J. Personality Social Psychol. 66, 1994, 1094-1102
- Vavřda, Vladimír: Otázky soudobé psychoanalýzy. Tradice a současnost. Praha, Nakladatelství Lidové Noviny 2005
- Vergote, A.: Psychologie religieuse. Bruxelles, Ch. Dessart 1966,
- Vymětal, J. a kol.: Obecná psychoterapie. Praha, Grada 2004
- Výrost, J., Baumgartner, F.: Sociální opora a osamelost'. In: Výrost, J., Slaměník, I.: Aplikovaná sociální psychologie II. Praha, Grada 2001
- Wierzbicki, M., Pekarik, G.: A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. Professional Psychology: Research and Practice, 24, 1993, 2, 190-195
- Winnicott, D.W.: Hate in the Counter-Transference. International Journal of Psycho-Analysis, 30. 1949, 2, 69-74
- Winnicott, D.W.: The theory of the parent-infant relationship. International Journal of Psychoanalysis, 41, 1960, 585-595
- Winnicott, D.W.: The Maturation Process and the Facilitating Environment. New York, International Universities Press 1963
- Winnicott, D.W.: Lidská přirozenost. Praha, Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek 1998
- Yalom, I.D. et al.: Preparation of Patients for Group Therapy. A Controlled Study. Archives of General Psychiatry, 17, 1967, 416-428
- Yalom, I.D.: Chvála psychoterapie. Praha, Portál 2003
- Yalom, I.D.: Existenciální psychoterapie. Praha, Portál 2006
- Yalom, I.D.: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Praha, Portál, 2007
- Zimmerman, M.A.: Toward a theory of learned hopefulness: A structural model analysis of participation and empowerment. Journal of Research in Personality 24, 1990, 1, 71-86
- Zmrzlá, I.: Zvládání zátěže: efektivita copingových strategií a manželská spokojenost. Diplomová práce. PÚ FF MU, Brno 2009

Příloha – dotazníky

Dotazník orientovaný na nezdar

Existenciální škála ESK – stupnice Svobody a Odpovědnosti

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Chtěl bych Vás požádat o pomoc při mém výzkumu, a to vyplněním předložených dvou dotazníků. Cílem výzkumu je vytvoření studie mapující prožívání psychoterapeutů v situacích, které sami vnímají jako nezdar poskytované psychoterapie, případně jako své vlastní selhání, a co jim pomáhá tyto nezdary účinně překonávat, jak je dále zpracovávají.

V prvním dotazníku se Vás ptám, které situace vnímáte jako nezdar, jak je prožíváte a co Vám osobně pomáhá při vyrovnávání se s nimi. Druhý dotazník je zaměřen na to jak se člověk ve svém současném životě cítí. Oba dotazníky jsou anonymní a samozřejmě dobrovolné. Přesto budu rád, když je oba vyplníte. Zdůrazňuji, že cílem výzkumu není hodnocení kvality Vaší práce či Vás samých, ale zachycení toho, co Vy sami ve vymezených situacích prožíváte a jak s těmito prožitky dále nakládáte. Zároveň by měl napomoci k reflexi některých aspektů psychoterapeutického procesu.

Prosím Vás o co nejotevřenější odpovědi a děkuji Vám za ně.

DOTAZNÍK

Část A.

Věk:

Pohlaví:

Dosažené vzdělání (SŠ, VOŠ, VŠ):

Vystudovaný obor:

Psychoterapeutický výcvik:

probíhající (uved'te psych. směr)

zakončený (uved'te psych. směr: pokud je výcviků více, pak je specifikujte)

Délka psychoterapeutické praxe:

Praktikovaný psychoterapeutický směr či metoda (specifikujte: např. psychoanalýza, SUR, PCA, KBT, Gestalt, RT.....):

Převažující psychoterapeutická modalita (označte, případně doplňte):

individuální - skupinová - rodinná - párová -

Vaše klientela (označte, případně doplňte):

„zdravá“ populace – neurotičtí klienti – „poruchy osobnosti“ – psychotičtí klienti – závislí -

Typ zařízení, v němž převážně pracujete (nemocnice, léčebna, krizové centrum, privátní praxe.....):

Pracujete převážně jako (označte): zaměstnanec - samostatně - jiné(uved'te)

Kolik hodin týdně věnujete přímé terapeutické práci s klienty:

Část B.

V této části uvádím heslovitě některé skutečnosti, které se mohou v průběhu terapie či krátce po ní odehrát. Uveďte prosím, zda jste se s nimi ve své praxi setkali a v jaké míře, a zaznamenejte to na škále 1 až 10, kdy 1 znamená minimum a 10 maximum. Poté zkuste formou ano či ne posoudit, zda jste takovou skutečnost prožívali jako nezdár Vámi poskytované psychoterapie.

Ve své praxi tuto skutečnost zažívám 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nikdy velmi často	Ve své praxi tuto skutečnost prožívám spíše jako nezdár
Předčasné ukončení terapie z rozhodnutí klienta proti mínění terapeuta 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Předčasné ukončení terapie z rozhodnutí klienta a se souhlasem terapeuta 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Předčasné ukončení terapie z rozhodnutí terapeuta 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Předčasné ukončení terapie v důsledku vnějších okolností mimo rámec terapie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Suicidium klienta v průběhu či krátce po ukončení terapie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Zhoršení klientovy tělesné symptomatiky v průběhu terapie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Přetrvávající zhoršení klientovy tělesné symptomatiky při ukončování terapie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Zhoršení klientových sociálních vztahů a vazeb v průběhu terapie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Přetrvávající zhoršení klientových sociálních vztahů a vazeb při ukončování terapie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Zhoršení klientova postoje k sobě samému v průběhu terapie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Přetrvávající zhoršení klientova postoje k sobě samému při ukončování terapie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Dosažení zvoleného cíle psychoterapie (např. vymizení symptomů či potíží) bez překonání či změny osobního patologického, maladaptivního postoje (scénáře) k druhým či sobě 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Kritika či destrukce terapie nebo kvalit terapeuta klientem po celou dobu terapie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Po proběhnutí terapie se klient chce po čase do terapie vrátit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne
Jiné (doplňte seznam dle vlastního uvážení) ... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ano - ne

Část C.

Nyní se pokuste si vybavit vlastní terapeutické nezdary. Jak na ně reagujete Vy sám/sama:

- i. v případech, kdy vnímám, zakouším, prožívám tyto nezdary jako důsledek překážek či problémů spíše na své vlastní straně:**
 - a) co cítím

 - b) co si myslím, jak uvažuji

 - c) co následně udělám

- ii. v případech, kdy tyto nezdary prožívám jako důsledek překážek či problémů spíše na straně klienta:**
 - a) co cítím

 - b) co si myslím, jak uvažuji

 - c) co následně udělám

- iii. v případech, kdy je moje a klientova práce, resp. vzájemná spolupráce, nepříznivě ovlivňovány zvenčí tak, že to rušivě ovlivňuje proces terapie:**
 - a) co cítím

 - b) co si myslím, jak uvažuji

 - c) co následně udělám

Část D.

Nyní se pokuste vybavit si konkrétní situaci, případně, chcete-li, i zobecnit z více situací.

- 1) Pokud důvody nezdaru shledáváte spíše u sebe: čím se domníváte, že byly převážně způsobeny? Prosím specifikujte.

- 2) Pokud důvody nezdaru shledáváte spíše na straně klienta: čím se domníváte, že byly převážně způsobeny? Prosím specifikujte.

Část E.

I. 1) Zamyslete se a zkuste krátce, ve vymezeném prostoru, popsat, do jaké míry se cítíte zodpovědný/á za úspěchy či nezdary v terapii a v jaké míře se cítíte způsobit/á toto ovlivňovat. Zkuste několika větami vystihnout svůj postoj:

2) Nyní zkuste svůj převládající postoj přiřadit k nabídnuté škále, kdy 1 znamená minimální odpovědnost, 10 maximální

a) Do jaké míry se cítíte zodpovědný za úspěchy i nezdary prováděné terapie Vy sám

vůbec ne 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 zcela

b) Do jaké míry je dle Vašeho názoru za úspěchy i nezdary odpovědný klient

vůbec ne 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 zcela

II. a) Uveďte, prosím, co se Vám samotným vybaví jako významný nezdár ve vlastní psychoterapeutické praxi a stručně ho popište.

b) Co Vám osobně nejvíc pomohlo při vyrovnání se s ním?

c) Domníváte se, že Váš hodnotový systém, víra či světový názor Vám pomáhají ve zvládání nároků, resp. nezdarů ve Vaší psychoterapeutické praxi? Jakým způsobem?

Část F.

A nyní, na úplný závěr: projděte si ještě jednou své odpovědi... Chtěli byste něco změnit či doplnit? Napište to prosím zde.

Děkuji Vám za Vaši práci a věnovaný čas. V případě Vašeho zájmu Vás rád seznámím s celkovými výsledky výzkumu na jaře 2010.

S pozdravem a díkem PhDr Jiří Jakubů, Senovážné náměstí 6, 110 00 Praha 1. www.cetera.cz

Dotazník ESK

Posuďte, prosím, nakolik dále uvedené výroky platí právě o Vás. U každého výroku proškrtněte na připojené vodorovné stupnici křížkem X vždy to políčko, jehož pozice to nejlépe vyjadřuje. (Při posuzování výroku neberte v úvahu příležitostné krátkodobé výkyvy.)

		Naprosto platí	S výjimkami platí	Spíše platí	Spíše neplatí	S výjimkami neplatí	Naprosto neplatí
1.	Často zanechávám důležitých činností, protože je mi nepříjemná námaha s nimi spojená.						
2.	Většinou se nedokážu soustředit.						
3.	S tím, co jsem doposud vykonal(a), jsem nespokojen(a), protože si myslím, že jsem měl(a) dělat něco důležitějšího.						
4.	Vždy se řídím podle toho, co ode mne očekávají druzí.						
5.	Nepříjemná rozhodnutí se snažím bez dlouhého uvažování odložit na později.						
6.	Snadno se nechám odvést i od prací, které dělám rád(a).						
7.	Dovedu sám (sama) se sebou dobře vycházet.						
8.	Věnuji příliš málo času tomu, co je důležité.						
9.	Nikdy mi není hned jasné, co mohu v dané situaci udělat.						
10.	Mnoho věcí dělám jen proto, že musím, a ne proto, že chci.						
11.	Většinou dělám věci, které bych mohl(a) stejně tak dobře udělat později.						
12.	Většinou až při svém jednání zjišťuji, jaké má moje rozhodnutí následky.						
13.	Když se musím rozhodovat, nemohu se vůbec spoléhat na svůj cit.						
14.	I když mi na něčem velmi záleží, brání mi nejistota, jak to dopadne, abych to udělal(a).						
15.	Nikdy přesně nevím, za co jsem odpovědný(á).						
16.	Cítím se vnitřně svobodný(á).						
17.	Když vidím, že nemám možnost volby, je to pro mě úleva.						
18.	Jsou situace, ve kterých se cítím zcela bezmocný(á).						
19.	Dělám mnoho věcí, ve kterých se ve skutečnosti nevyznám.						
20.	Obvykle nevím, co je v dané situaci důležité.						
21.	Cítím se rozháraný(á), protože dělám příliš mnoho věcí najednou.						
22.	I při důležitých věcech mi schází síla k tomu, abych vytrval(a).						
23.	Dělám mnohé věci, které vlastně ani dělat nechci.						
24.	Moje vnitřní nesvoboda a závislost mi působí potíže.						

